

TABAQUISMO

ABSTINENCIA TABÁQUICA Y VALOR DE LA COOXIMETRÍA EN PACIENTES EPOC EN SEGUIMIENTO EN UNA CONSULTA GENERAL DE NEUMOLOGÍA

V. Moya Álvarez, C. Navarro Jiménez, M. Ruiz Carpintero y M. Lapeña Gómez

Hospital El Escorial, Madrid, España.

Introducción: Usamos la cooximetría en nuestra práctica clínica para el diagnóstico del tabaquismo. Esta nos permite conocer la cantidad de CO en aire espirado de una manera rápida e incruenta. En general existe una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos y los niveles de CO en el aire espirado. La cooximetría nos sirve a los profesionales para detectar si el paciente continúa abstinentes. El objetivo de nuestro estudio es comprobar el grado de abstinencia tabáquica y la correlación entre el número de cigarrillos día que afirma consumir los pacientes y los niveles obtenidos por cooximetría.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo de sujetos con EPOC. Criterios de inclusión: FEV1/FVC post-BD: < 0,70 e historia de tabaquismo > 10 paquetes/año. Se estableció una muestra de 50 pacientes que acudían consecutivamente a nuestras consultas de neumología. Se les realizó a todos ellos un cooximetría (piCO+Smokerlyzer®) y se les asignó en tres grupos según niveles de CO espirados: niveles mayores a 10 ppm de CO en el aire espirado corresponden a pacientes fumadores, niveles de 6 a 10 ppm corresponden a fumadores esporádicos o de bajo consumo y niveles menores o iguales a 5 ppm corresponden a pacientes no fumadores. Se les interrogó sobre su consumo tabáquico y se les clasificó en: no fumadores (abstinencia tabáquica > de 6 meses), pacientes de bajo consumo (5 o menos cigarrillos día) y fumadores de 6 o más cigarrillos. Comparamos ambos grupos y analizamos el grado de coincidencia entre la anamnesis del paciente y los niveles de CO por cooximetría.

Resultados: Se incluyeron 50 sujetos con EPOC con una edad media de 64 años, de los cuales 18 (36%) eran mujeres. El FEV1 medio fue de 71,5 y el promedio de paq/año fue de 42,94. 18 sujetos referían no fumar en los últimos 6 meses, 10 referían fumar 5 o menos cigarrillos día y 22 sujetos que referían ser fumadores. Entre los 18 sujetos que referían no fumar, 5 (27%) de ellos presentaron una cooximetría igual o superior a 6 ppm con un promedio de 6 ppm en los niveles de CO, entre los 10 sujetos que referían fumar 5 o menos cigarrillos día, 5 (50%) de ellos presentaron cooximetrías superiores a 10 ppm con un promedio de 14 ppm y de los 22 fumadores, 1 presentó una cooximetría por debajo de 10 ppm con un promedio de 29 ppm en los niveles de CO.

Conclusiones: A pesar que la muestra analizada es pequeña, existen discrepancias entre el número de cigarrillos que afirma fumar el sujeto y los niveles de CO medidos por cooximetría.

ANÁLISIS DE CÁNCER DE PULMÓN EN LA MUJER SEGÚN TABAQUISMO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P.I. García Flores, Á. Herrera Chilla, A. Caballero Vázquez, A. Fulgencio Delgado, E. Ramos Urbina, D. Molina Cabrerizo y J.M. Díaz López

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) está aumentando de forma exponencial en la mujer. El futuro de la situación en España es poco alentador, consecuencia de la incorporación progresiva de la mujer al hábito tabáquico, de hecho ya comienza a superar al de mama como principal causa de la mortalidad prematura en ellas. El 85-90% está asociado al hábito de fumar y un 3-5% a la exposición pasiva al humo del tabaco.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de la cohorte de mujeres diagnosticadas de ca. de pulmón en el periodo de 2011 a 2016. Los datos se han analizado según un análisis multivariante para comparar las características de las mujeres fumadoras (F) y no fumadoras (NF). Asimismo se ha realizado un análisis de supervivencia con Kaplan-Meier y se han comparado las curvas de supervivencia con el test de Log-Rank. Se considera significativo valor $p < 0,05$.

Resultados: Del total de mujeres con ca. de pulmón (151), el 55,6% eran fumadoras. La edad al diagnóstico fue menor en las F (58,6 años) que en las NF (68,2 años), $p < 0,05$. Sólo la hemoptisis se presentó con más frecuencia en F, alcanzando significación estadística. Para el resto de síntomas, las NF parecen tener cierta tendencia a presentarlos de manera más frecuente. La localización central fue más frecuente en F (95,2%) que en NF (75,8%), $p < 0,05$. El tipo histológico más frecuente en ambos grupos fue el adenocarcinoma, padeciéndolo un 61% de F y 43% de NF. Este tipo histológico fue seguido por el CPCP en F, sendos datos significativos. La mayoría de los diagnósticos de CPNCP se realizó en estadios avanzados en ambos grupos. En el CPCP no hubo diferencias al diagnóstico en la presentación extendida o localizada según F y NF. Comparando los grupos más frecuentes de tratamiento, los cuidados paliativos (58,97%) fueron mayores en NF mientras que QT+RT (47,54%) fue más habitual en F ($p < 0,05$). La comparación entre la supervivencia de ambos grupos no obtuvo significación.

Conclusiones: La mujeres fumadoras son más jóvenes al diagnóstico siendo en ellas más frecuente la hemoptisis influido ello por la localización central predominante en este grupo. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma para ambos grupos, seguido por el microcítico en fumadoras, coincidiendo con lo descrito en la literatura. No hubo diferencias en cuando el estadio al diagnóstico ni a la supervivencia, sí las hallamos en el mayor número de tratamientos paliativos en las mujeres fumadoras influyendo en ello la mayor edad al diagnóstico.

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN EN UNA CONSULTA DE TABAQUISMO

A. Casal Mouriño, C. Pou Álvarez, C. Rabade Castedo, C. Zamarrón Sanz, F.J. González Barcala, J.M. García Pazos, M.E. Toubes Navarro, J.M. Álvarez Dobaño, A. Golpe Gómez y L. Valdés Cuadrado

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad adictiva que requiere tratamiento psicológico y farmacológico. Estudios demuestran que fármacos como vareniclina incrementan el éxito de la intervención en tabaquismo. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de la terapia psicológica y de los distintos fármacos administrados en la consulta de Tabaquismo de nuestro centro hospitalario así como determinar los factores que influyen en la respuesta a los distintos tratamientos usados.

Material y métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes de la consulta de Tabaquismo entre los años 2013 -2016. Se realiza un análisis de la muestra y se utiliza la prueba chi-cuadrado y t-Student para verificar la asociación entre variables antropométricas, demográficas y del tabaquismo y la abstinencia con cada uno de los tratamientos usados en dicha consultas.

Resultados: Se evalúa una muestra de 500 pacientes fumadores en fase de preparación. Un 38% de los pacientes de la consulta de Tabaquismo rechazaron el tratamiento farmacológico o no lo recogieron siendo tratados únicamente con terapia psicológica. El fármaco más usado es vareniclina (32%) seguido de la terapia sustitutiva con nicotina (24%) en forma de comprimidos, spray bucal, chicles, parches o combinada. La abstinencia a los 3 y 6 meses en el grupo de pacientes exclusivamente tratados con terapia psicológica es respectivamente del 29% y del 25%. En el grupo de pacientes tratados además con fár-

macos la abstinencia a los 3 y 6 meses es respectivamente del 62% y del 42%, por lo que el tratamiento farmacológico incrementa la abstinencia de 1,6 a 2 veces. El porcentaje de abstinencia en los tratados con vareniclina y terapia sustitutiva con nicotina es del 65% y del 45% a los 3 y 6 meses. En aquellos pacientes tratados únicamente con terapia psicológica los factores que influyen en la cesación tabáquica son una edad media mayor (57 ± 11 vs $53 \pm 10,3$ años $p = 0,0046$) y un menor consumo de tabaco ($15,7 \pm 11,6$ VS $18,7 \pm 11,4$ cig/día $p = 0,036$). En los tratados con terapia sustitutiva con nicotina la posibilidad de éxito es menor en el género femenino (48% en mujeres vs 67% en varones $p = 0,047$). En aquellos con tratamiento con vareniclina el porcentaje de éxito es mayor en aquellos que presentan una mayor función pulmonar (87 ± 24 vs 74 ± 2) (tabla).

Conclusiones: Los fármacos incrementan la eficacia de la intervención de abandono del tabaco sin embargo la edad, el género, la intensidad del tabaquismo o la función pulmonar influyen en la respuesta a éstos.

Pacientes	n=500
Edad media (años)	54±10,6
Género (%)	64% varones
Nivel de estudios (%)	71% Nivel de estudios bajo
Enfermedades asociadas	52% Enfermedades psiquiátrica 42%EPOC 18% cardiopatía
Consumo actual (cig/día)	18,7±10,9
Consumo actual (paq-año)	45,5±25,4
Valor medio de CO (ppm)	16,3±9,7
Intentos previos de abandono (nº)	1,5±1,8
Escala visual de la motivación	8,70±1,8
Valor medio del test de FTND	4,74±1,9
Test de recompensa (%)	57% negativa
Tratamientos administrados (%)	24% TSN, 32% vareniclina 1% bupropion 4% otros
Abstinencia a los 3 meses (%)	50%
Abstinencia a los 6 meses (%)	35%

Tabla 2. Análisis descriptivo de la muestra. Los valores se expresan en medidas \pm desviación estándar.

Análisis univariante del subgrupo de fumadores tratados de forma exclusiva con terapia psicológica. Factores predictores del éxito de cesación tabáquica

Ingresos previos	Abstinencia a los 6 meses (%)	No abstinencia a los 6 meses (%)	p
Ingresos en el último año (%)			0,006
Si	44%	56%	
No	14%	86%	
Edad media (años)	57±11	53±10,3	0,046
Grado de tabaquismo (cig/día)	15,7±11,6	18,7±11,4	0,036

Análisis univariante del subgrupo de fumadores tratados con terapia psicológica +TSN. Factores predictores del éxito de cesación tabáquica

	Abstinencia a los 3 meses (%)	No abstinencia a los 3 meses (%)	p
Género			0,0047
V	68%	32%	
M	48%	52%	

Análisis univariante en el subgrupo de fumadores tratados con terapia psicológica +vareniclina. Factores predictores del éxito de cesación tabáquica

	Abstinencia a los 3 meses (%)	No abstinencia a los 3 meses (%)	p
FEV1	87±24	74±12	0,0048

Tabla 1.

ANÁLISIS DE LOS TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR COMO PREDICTORES DE ABSTINENCIA A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO

N. Rodríguez Melean¹, J.I. de Granda Orive², J.F. Pascual Lledó³, S. Asensio Sánchez³, M.I. Cienfuegos Agustín², S. Solano Reina⁴, M. García Rueda⁵, L. Lázaro Asegurado⁶, M. Martínez Muñiz⁷, S. Luhning⁸, D. Bujulbasich⁹, R. Pendino⁹ y C.A. Jiménez Ruiz¹⁰

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España.

²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ³Hospital General Universitario de Alicante, España. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁵Hospital Carlos Haya, Málaga, España. ⁶Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ⁷Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España. ⁸Instituto Médico Humana, Córdoba, Argentina. ⁹Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Rosario, Argentina. ¹⁰Unidad Especializada de Tabaquismo, Madrid, España.

Introducción: Objetivo: evaluar la capacidad predictiva de abstinencia tabáquica de diversos test de motivación para dejar de fumar a los 6 meses de seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional, multicéntrico de pacientes consecutivos que acudieron a las consultas de tabaquismo y que fueron seguidos durante 6 meses. Se recogieron las variables demográficas y

de estatus de fumador, puntuaciones en los Test de Fagerström, y de motivación (Richmond, Henri Mondor, Khijji-Watts, y escala analógica visual) y el estado de consumo de tabaco al final del seguimiento categorizado como “éxito” o “fracaso” [Se confirmó mediante medición de CO en aire espirado (CO < 6 ppm)]. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 15.0 para Windows. Descriptiva.

Resultados: La serie incluyó 94 pacientes, 51 varones (54,3%) y 43 mujeres (45,7%). La tabla 1 muestra los valores medios de las variables cuantitativas, para la serie global y por sexos, así como la comparación entre las puntuaciones medias entre sexos y los valores porcentuales de las variables cualitativas para la serie global y por sexos. De los 94 sujetos de la serie, 78 (83,0%) tuvieron éxito en dejar de fumar a los 6 meses de seguimiento. La tabla 2 muestra la distribución de frecuencias de las categorías de la variable “Resultado” por sexo, y los valores descriptivos de las categorías de dicha variable para las variables cuantitativas. Solamente se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variable “Resultado” y la variable “Sexo”. Entre las mujeres, el 72,1% tuvieron éxito en mantenerse abstinentes a los 6 meses, pero entre los varones, este porcentaje fue del 92,2%. La diferencia de mayor porcentaje de éxito en los varones frente a las mujeres fue del 35,3% (IC95%: 5,5 a 56,1%). En la tabla 2 se puede ver el análisis de regresión logística con la variable “Resultado” como variable dependiente y el resto de variables cuantitativas, donde sólo la variable sexo mostró significación estadística.

Tabla 1. Valores medios de las variables cuantitativas para la serie global y por sexos, y comparación entre varones y mujeres¹.

Variable	Serie global	Sexo		p ²
		Varones	Mujeres	
Edad	50,6 (10,4) (9-6) (25-71)	50,0 (9,8) (51) (27-71)	51,3 (11,1) (43) (25-71)	0,521
Consumo cig día	22,1 (8,5) (9-2) (5-40)	23,4 (8,1) (46) (5-40)	20,7 (8,8) (43) (6-40)	0,124
Número de años fumando	34,9 (10,1) (9-1) (11-56)	34,2 (9,9) (48) (13-55)	35,7 (10,5) (43) (11-56)	0,495
Consumo acumulado (años-paqs ³)	39,5 (21,4) (9-1) (4,2-112,0)	41,1 (21,0) (48) (9,7-110,0)	37,8 (22,1) (43) (4,2-112,0)	0,475
Número de intentos previos de abandono	1,5 (1,3) (9-2) (0-6)	1,5 (1,3) (49) (0-6)	1,6 (1,4) (43) (0-6)	0,689
Número de intentos de abandono en el último año	0,14 (0,3) (9-1) (0-1)	0,13 (0,3) (48) (0-1)	0,16 (0,4) (43) (0-1)	0,612
Edad de inicio (años)	15,9 (2,4) (9-1) (9-24) ⁴	16,1 (2,7) (48) (9-24)	15,7 (2,2) (43) (12-21)	0,453
Test de Richmond	8,0 (1,4) (9-4) (5-10)	8,2 (1,3) (51) (5-10)	7,9 (1,5) (43) (5-10)	0,364
Test de motivación del Hospital Henri Mondor	13,5 (2,6) (9-0) (1-18)	14,1 (2,6) (46) (8-18)	12,9 (2,6) (41) (7-17)	0,030 ⁵
Test de motivación de Khijji-Watt	11,5 (2,8) (9-4) (5-15)	11,5 (2,8) (51) (5-15)	11,4 (2,8) (43) (5-15)	0,877
Escala analógica visual	7,8 (2,1) (9-4) (0-10)	8,1 (1,9) (51) (4-10)	7,6 (2,4) (43) (0-10)	0,219
Heaviness Smoking Index	3,5 (1,3) (9-2) (0-6)	3,6 (1,3) (49) (1-6)	3,4 (1,4) (43) (0-6)	0,315
Test de Fagerström	6,2 (1,9) (9-0) (1-10)	6,4 (2,0) (48) (2-9)	6,2 (1,9) (42) (10)	0,931

¹En cada celda se indican por este orden: Media, primer CI, Desviación estándar, segundo CI, Tamaño muestral, tercer CI, Rango.
²p: Grado de significación de la comparación de medias entre varones y mujeres. En el caso de significación estadística se indica el valor de la diferencia media y entre CI el intervalo de confianza al 95% de dicha diferencia. ³Test robusto de Welch de igualdad de medias.
⁴años-paqs: Años-paquetes. ⁵Se excluye su sujeto con Edad de inicio = 1 año.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables cualitativas para la serie global y por sexos, y comparación entre varones y mujeres¹.

Variable	Serie global	Sexo		p ²
		Varones	Mujeres	
Test de Fagerström				
Dependencia baja (≤3)	-	-	-	
Dependencia moderada (4-7)	35 (37,2)	17 (48,6) (33,3)	18 (52,4) (41,9)	
Dependencia alta (≥7)	59 (62,8)	34 (57,6) (66,7)	25 (42,4) (58,1)	0,262
Test de Richmond versión 1				
Motivación no muy alta (6-9)	-	-	-	
Motivación muy alta (5-10)	94 (100,0)	51 (54,3)	43 (45,7)	-
Test de Richmond versión 2				
Motivación débil (6-9)	4 (4,3)	1 (2,6) (2,0)	3 (7,0) (7,0)	
Motivación media (6-9)	55 (58,5)	31 (56,4) (60,8)	24 (43,6) (58,8)	
Motivación fuerte (9 ó más puntos)	35 (37,2)	19 (54,3) (37,3)	16 (45,7) (37,2)	0,478
Test de Richmond - Servicio Extremeño de Salud - Área Salud Badajoz				
Motivación baja (≤4)	-	-	-	
Motivación media (5-6)	12 (12,8)	4 (33,3) (7,8)	8 (66,7) (18,6)	
Motivación alta (≥7)	82 (87,2)	47 (57,3) (92,2)	35 (42,7) (81,4)	0,119
Test de Richmond - Servicio Andalúz de Salud				
Nulo o bajo (6-9)	-	-	-	
Dudoso (4-5)	4 (4,3)	1 (2,6) (2,0)	3 (7,0) (7,0)	
Moderado (6-7)	31 (33,0)	16 (51,6) (31,4)	15 (48,4) (34,9)	
Alto (8-10)	59 (62,8)	34 (57,6) (66,7)	25 (42,4) (58,1)	0,420
Test de motivación del Hospital Henri Mondor				
¿Es el momento? (≤6)	-	-	-	
Oportunidades reales pero dificultades a tener en cuenta (7-12)	28 (31,1)	11 (39,3) (22,4)	17 (60,7) (41,5)	
Bastantes posibilidades (13-15)	41 (45,6)	21 (51,2) (41,9)	20 (48,8) (48,8)	
Muchas posibilidades (≥16)	21 (23,3)	17 (81,0) (34,7)	4 (19,0) (9,8)	0,013
Test de Khijji-Watt				
Motivación débil (3-6)	2 (2,1)	1 (50,0) (2,0)	1 (50,0) (2,3)	
Motivación media (7-11)	49 (52,1)	25 (51,0) (49,0)	24 (49,0) (55,6)	
Motivación fuerte	43 (45,7)	25 (58,1) (49,0)	18 (41,9) (41,9)	0,786
HSI versión 1				
Dependencia muy baja (0-2)	16 (17,4)	8 (50,0) (16,3)	8 (50,0) (18,6)	
Dependencia baja a moderada (3)	33 (35,9)	17 (51,5) (34,7)	16 (48,5) (37,2)	
Dependencia moderada (4)	20 (21,7)	10 (50,0) (20,4)	10 (50,0) (23,3)	
Dependencia alta (≥4)	23 (25,0)	14 (60,9) (28,6)	9 (39,1) (20,9)	0,866
HSI versión 2				
Dependencia baja (0-1)	6 (6,5)	2 (33,3) (4,1)	4 (66,7) (9,3)	
Dependencia media (2-4)	63 (68,5)	33 (52,4) (67,3)	30 (47,6) (69,8)	
Dependencia alta (5-6)	23 (25,0)	14 (60,9) (28,6)	9 (39,1) (20,9)	0,470
HSI versión 3				
Dependencia baja (≤4)	49 (53,3)	25 (51,0) (51,0)	24 (49,0) (55,8)	
Dependencia alta (≥4)	43 (46,7)	24 (55,8) (49,0)	19 (44,2) (44,2)	0,646

Tabla 1.

Variable	Resultado		p ²
	Fracaso	Éxito	
Sexo ¹			
Varones	4 (7,8) (25,0)	47 (92,2) (80,3)	
Mujeres	12 (27,9) (75,0)	31 (72,1) (99,7)	0,010
Edad	51,6 (8,7) (16) (40-66)	50,4 (10,7) (78) (25-71)	0,666
Consumo cig/día	24,7 (8,5) (16) (10-40)	21,6 (8,4) (78) (5-40)	0,180
Número de años fumando	35,6 (8,7) (16) (23-49)	34,8 (10,5) (78) (11-56)	0,776
Consumo acumulado (años-paq)	44,8 (21,9) (16) (15,0-99,0)	38,4 (21,3) (78) (4,2-112,0)	0,282
Número de intentos previos de abandono	1,7 (1,6) (16) (0-6)	1,5 (1,3) (78) (0-6)	0,589
Número de intentos de abandono en el último año	0,1 (0,3) (16) (0-1)	0,1 (0,4) (78) (0-1)	0,808
Edad de inicio (años)	16,1 (2,3) (16) (13-21)	15,8 (2,5) (78) (9-24)	0,756
Test de Fagerström	6,9 (2,0) (16) (2-10)	6,1 (1,9) (74) (1-9)	0,147
Heaviness Smoking Index	3,9 (1,3) (16) (1-6)	3,4 (1,3) (78) (0-6)	0,168
Test de Richmond	7,5 (1,6) (16) (5-10)	8,2 (1,4) (78) (5-10)	0,129
Test de motivación del Hospital Henri Mondor	12,4 (3,1) (16) (7-16)	13,8 (2,5) (74) (8-18)	0,134
Test de motivación de Khajji-Watts	11,0 (3,6) (16) (5-15)	11,6 (2,7) (78) (7-15)	0,654
Escala analógica visual	7,0 (2,6) (16) (0-10)	8,0 (2,0) (78) (0-10)	0,138

En cada celda se indican por este orden: Media, primer () Desviación estándar, segundo () Tamaño muestral, tercer () Rango. ² Grado de significación. Se indica por este orden: Valor absoluto, primer () indica el porcentaje leído la tabla por filas, segundo () indica el porcentaje leído la tabla por columnas.

Variables retenidas en el modelo	β	SE(β)	p	OR	IC _{95%} OR
Sexo	1,45	0,63	0,020	4,3	1,2 a 14,7
Variables excluidas del modelo	p				
Edad					0,690
Consumo cig/día					0,103
Número de años fumando					0,778
Consumo acumulado (años-paq)					0,207
Número de intentos previos de abandono					0,511
Número de intentos de abandono en el último año					0,832
Edad de inicio (años)					0,573
Test de Fagerström					0,139
Heaviness Smoking Index					0,170
Test de Richmond					0,105
Test de motivación del Hospital Henri Mondor					0,151
Test de motivación de Khajji-Watts					0,299
Escala analógica visual					0,217

N: Tamaño muestral incluido en el análisis de regresión. β : Coeficiente del modelo de regresión. SE(β): Error estándar del coeficiente del modelo de regresión. p: Grado de significación. OR: Odds ratio. IC_{95%}OR: Intervalo de confianza al 95% para la Odds Ratio.

Tabla 2.

Conclusiones: 1) Se sugiere que ninguno de los tests de motivación tiene capacidad predictiva para evaluar la probabilidad de "éxito" o "fracaso" en dejar de fumar. 2) No se encontró asociación con la probabilidad de mantenerse abstinente a los 6 meses de seguimiento con ninguna de las variables relacionadas con consumo de tabaco. 3) Ser varón incrementa las probabilidades de "éxito" en mantenerse abstinente a los 6 meses de seguimiento. Financiado BECA SEPAR 2013.

ANÁLISIS DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO Y TABAQUISMO

M. Genovés Crespo, A.F. Hongoero Martínez, C.E. Almonte García, M.D. García Jiménez, C.R. Rodríguez Ortega, C.A. Rombolá, F.J. Callejas González, A.I. Tornero Molina, R. Godoy Mayoral y P. León Atance

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Introducción: Los fumadores tienen un riesgo 20 veces superior de desarrollar CP con respecto a los no fumadores. Son muy escasas las publicaciones que analizan la posible asociación entre la carga tabáquica con el tamaño tumoral al diagnóstico, así como la asociación de la carga tabáquica con los distintos tipos histológicos de cáncer de pulmón.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo que analiza los pacientes intervenidos de cáncer de pulmón no célula pequeña (CNCP) y su historia de tabaquismo desde el 1 de diciembre 2006 hasta el 31 de marzo 2017. Excluimos los pacientes en los que no había registro de su actividad tabáquica.

Resultados: De los 669 pacientes, se excluyeron 60 exfumadores sin registro de su actividad tabáquica. 509 eran hombres (83,6%) y 100 mujeres (16,4%). La edad media fue de 64,6 años (rango 22-86 años). Se dividieron en 242 fumadores (39,7%), 292 exfumadores (47,9%) y 75 nunca fumadores (12,3%). 381 pacientes (62,6%) eran EPOC, 174 fumadores activos (45,7%) y 194 exfumadores (50,9%). La FEV1 media, 2271 mL (DE 674,5 mL) (80,7%; DE 29,9). En los nunca fumadores, 2.098,7 mL (DE 639,4), en fumadores 2.309,3 mL (DE 673,8) y en los exfumadores, 2.283,0 mL (DE 679,5). La media de paquetes/año (p/a) de la muestra fue 45,7 p/a (DE 30,5), en fumadores de 51,6 p/a (DE 25,1) y en exfumadores, 52,6 p/a (DE 28,5). Las resecciones realizadas fueron 70 segmentectomías (11,5%), 449 lobectomías (73,7%), 27 bilobectomías (4,4%), 62 neumonectomías (10,2%) y 1 caso clasificado como otro tipo de resección. No hubo diferencias significativas al comparar el tipo de resección con el número de p/a ($p = 0,12$) ni con el estado de tabaquismo en el momento de la cirugía ($p > 0,05$). La histología se dividió en 279 adenocarcinomas (45,8%), 262 carcinomas epidermoides (43%) y 68 casos (11,2%) con otras histologías. El mayor número de p/a se observó en los carcinomas epidermoides (54,6) con diferencias significativas ($p < 0,000$). Al relacionar el estadio con el nº de p/a y con el estado de tabaquismo no se observaron diferencias significativas. Sí observamos diferencias significativas al compararlo con el tamaño tumoral: el tamaño medio del tumor era menor en los fumadores de más de 56 p/a ($p = 0,005$).

Conclusiones: 1. El número de p/a y el estado de tabaquismo no muestra diferencias significativas entre los distintos tipos de resecciones ni con el estadio tumoral. 2. Los pacientes con carcinomas epidermoides son los más fumadores. 3. El tamaño medio del tumor era menor en los fumadores de más de 56 p/a.

CARACTERÍSTICAS DE LOS FUMADORES DE BAJA DOSIS QUE ACUDEN A UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

E. Cabrera César, M.C. Vera Sánchez, A. Ruiz Martín, N. Reina Marfil, M.C. Fernández Aguirre, M.V. Hidalgo Sanjuán y J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El número de fumadores habituales está disminuyendo, sin embargo, el tabaquismo intermitente, está en aumento. Éste representa una forma de consumo menos conocida, por lo que el objetivo de nuestro trabajo es hacer una descripción de sus características, ya que existe escasa literatura sobre esta forma de tabaquismo.

Material y métodos: Se hizo un estudio retrospectivo de los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta de deshabituación tabáquica del H. U. Virgen de la Victoria desde marzo del 2016 a septiembre del 2017. Se definió fumador intermitente o fumador de baja dosis

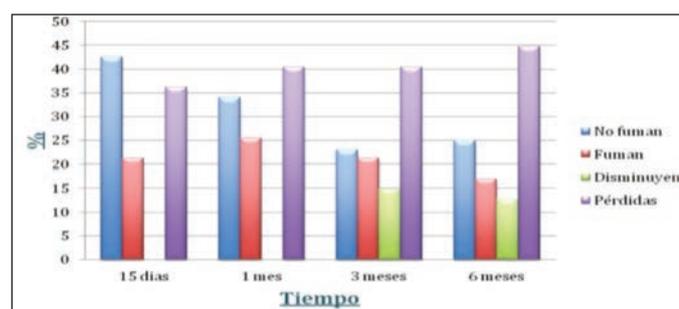


Figura 1. Abstinencia tabáquica a los 15 días, al mes, a los tres meses y a los seis meses. Morado: no fuman. Rojo: fuman. Verde: disminuyen el consumo. Morado: pérdidas.

	Convertidos	Nativos	p
Edad media	59	47	0,0007
Sexo			
-Hombre	18 (66,66%)	9 (45%)	
-Mujeres	9 (33,33%)	11 (55%)	>0,05
Edad de inicio	16,14	20,26	0,019
Nº de cigarros	8,9	8,26	>0,05
Nº cigarros previos	30,74	NA	
EPOC	11 (40,74%)	0	
Intentos previos			
-Nunca	4	4	
-Nº de veces el resto	3,52	1,8	0,03
Fagerström	4,40	3,27	0,05
Motivación	8,36	8,22	>0,05
Cooximetría (ppm)	16,81	13,76	0,16
Tratamientos	9 (33,33%)	9 (45%)	
-Bupropion	2	2	
-Champix	2	6	
-TSN Parche	2	0	
-Spray	0	1	
-Combinado	2	0	
-Acupuntura	1	0	
Abstinencia			
-15 días	8 (29,63%)	12 (60%)	
-1 mes	5 (18,51%)	11 (55%)	0,018
-3 meses	3 (11,11%)	8 (17,02)	0,004
-6 meses	1 (3,70%)	11 (55%)	0,01

Figura 2. Características de los fumadores convertidos frente a los nativos.

aquel que fumaba 10 cigarros o menos al día. Se analizaron variables demográficas, clínica y en cuanto al hábito tabáquico.

Resultados: De los 316 nuevos pacientes, 47 (14,87%) eran fumadores de baja dosis. 27 hombres (57,44%) y 20 (42,55%) mujeres. La edad media era de 53,89. Tenían estudios universitarios 23 (48,93%), 9 secundarios (19,15%), 11 primarios (23,40%). El 55,31% habían sido derivados desde Neumología, el resto desde otras especialidades. Tenían un diagnóstico de EPOC 11 (23,40%). La edad media de inicio es de 18,8 años, con un número medio de 8,5 cigarros. La puntuación media en el test de Fagerström es de 3,9, Richmond 6,6 y motivación 8,3. Cooximetría 15,48 ppm. Tenían 2,64 intentos previos de dejar de fumar. La motivación era para 41 (93,61%) su salud. 27 (57,44%) eran convertidos frente a 20 que eran nativos (42,55%). Las características de cada grupo se detallan en la tabla. Se les prescribió tratamiento farmacológico a todos, 18 (38,29%) realizaron dicho tratamiento (tabla). Las tasas de abstinencia se recogen en la figura, a los 15 días no fumaban 20 (42,55%) disminuyendo a un 25,53% a los 6 meses. Habían disminuido el consumo un 12,76%, los cuales consideraban que esa cifra no era perjudicial y un 17,02% volvieron a fumar.

Conclusiones: Los fumadores intermitentes son pacientes de ambos sexos, con estudios superiores, que se han iniciado en el hábito tabáquico más tardíamente y presentan una dependencia menor y una mayor motivación para dejar de fumar, sin embargo tienen la misma dificultad para dejar de fumar que el resto. Existen diferencias entre los fumadores convertidos y los nativos, siendo éstos últimos más jóvenes, con una edad de inicio más tardía, menos intentos previos por dejar de fumar y con una mayor tasa de abstinencia a los 6 meses. Hay que concienciar de lo perjudicial de esta forma de consumo y establecer estrategias específicas para tratar a estos fumadores.

CARACTERÍSTICAS DE NUESTROS PACIENTES FUMADORES EN FUNCIÓN DEL ÍNDICE TABÁQUICO Y DE LOS INGRESOS PREVIOS HOSPITALARIOS

M.I. Gorordo Unzueta, A. Artaraz Ereño, T. Zabala Hernández, A. García Loizaga, A. Aramburu Ojembarrena, S. Dorado Arenas, A. Anton Ladislao, L.V. Basualdo Martín y P.P. España Yandiola

Hospital de Galdakao, Galdakao, Vizcaya, España.

Introducción: A mayor consumo de cigarrillos a lo largo del tiempo, mayor posibilidad de desarrollar enfermedades tanto respiratorias, cardiovasculares como neoplásicas. Objetivo: analizar las características de los pacientes fumadores de nuestra consulta de tabaquismo en función del número de cigarrillos y en función de los ingresos previos hospitalarios.

Material y métodos: La consulta de tabaquismo dependiente del Servicio de Neumología se inició a finales del año 2015. De forma prospectiva, desde octubre del 2015 hasta el 30 de octubre del 2017, se han ido registrando los datos de los pacientes que acudían a nuestras consultas, la mayoría con patología respiratoria crónica derivados de nuestras consultas ambulatorias. Se ha realizado una revisión desde enero del 2010 hasta el 30 de octubre del 2017 de los episodios de ingresos hospitalarios de los pacientes de nuestra base de datos de tabaquismo. Se han analizado las características de nuestros pacientes en función de ser fumadores de baja intensidad (≤ 10 cigarrillos al día) o alta intensidad (> 10 cigarrillos al día) y las características de nuestros pacientes que habían ingresado en el hospital en los 5-7 años.

Resultados: Durante 2 años han acudido a nuestra consulta 167 pacientes, la mayor parte de ellos con patología respiratoria crónica. Las características de nuestros fumadores, excepto por la patología respiratoria crónica, son similares independientemente del índice tabáquico, sin influir tampoco el índice tabáquico sobre el ingreso hospitalario (tabla 1). En nuestra cohorte la patología respiratoria crónica excepto la EPOC, no influye sobre el ingreso hospitalario (tabla 2). A

Tabla 1. Diferencias entre pacientes dependiendo del número de cigarrillos

	N (%)	Nº de cigarrillos		p-valor
		≤ 10	> 10	
		N (%)	N (%)	
Total	167	52 (31,14)	115 (68,86)	
Ingresos previos (Sí)	43 (25,75)	13 (25,00)	30 (26,09)	0,8817
Sexo (Hombre)	90 (53,89)	30 (57,69)	60 (52,17)	0,5077
Edad*	52,84 (12,73)	51,69 (17,67)	53,37 (9,78)	0,8222
IMC*	26,77 (6,67)	25,89 (7,32)	27,15 (6,36)	0,0781
Patología cardiaca (Sí)	36 (21,69)	11 (21,15)	25 (21,93)	0,9104
Cardiopatía isquémica (Sí)	5 (4,20)	1 (2,63)	4 (4,94)	1,0000
HTA (Sí)	24 (20,00)	6 (15,79)	18 (21,95)	0,4325
Otras (Sí)	8 (6,72)	4 (10,53)	4 (4,94)	0,2650
Patología respiratoria (Sí)	146 (87,43)	50 (96,15)	96 (83,48)	0,0222
EPOC (Sí)	83 (52,53)	27 (54,00)	56 (51,85)	0,8014
Asma (Sí)	45 (29,03)	16 (32,00)	29 (27,62)	0,5743
Bronquiectasias (Sí)	3 (1,96)	1 (2,00)	2 (1,94)	1,0000
Patología intersticial (Sí)	8 (5,23)	2 (4,00)	6 (5,83)	1,0000
Otras (Sí)	14 (9,03)	4 (7,69)	10 (9,71)	0,7746
Otras patologías (Sí)	68 (40,72)	16 (30,77)	52 (45,22)	0,0785
Cáncer sólido (Sí)	4 (3,04)	0 (0)	4 (4,49)	0,3074
Nefropatía (Sí)	6 (4,58)	1 (2,44)	5 (5,56)	0,6647
Hepatopatía (Sí)	5 (3,88)	1 (2,44)	4 (4,55)	1,0000
Patología digestiva (Sí)	12 (9,16)	2 (4,88)	10 (11,11)	0,3388
ACV/AIT (Sí)	2 (1,54)	0 (0)	2 (2,25)	1,0000
DM (Sí)	10 (7,69)	3 (7,32)	7 (7,87)	1,0000
Pat. vascular periférica (Sí)	5 (3,85)	1 (2,44)	4 (4,49)	1,0000
Embarazo (Sí)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	na
Enfermedades psiquiátricas (Sí)	26 (19,85)	7 (17,07)	19 (21,11)	0,5911
Años fumador*	32,84 (12,73)	31,69 (17,67)	33,37 (9,78)	0,8222

*Resultados mostrados como media (desviación estándar). N: frecuencia. %: porcentaje. Na: no aplicable.

fecha del análisis de datos teníamos a 110 pacientes en seguimiento. A pesar de las pérdidas, el porcentaje de éxito a 6 meses es del 37,13% y a más de 6 meses del 75% (tabla 2).

Conclusiones: 1. Los fumadores de alta intensidad tienen menos patología respiratoria crónica. 2. En nuestra cohorte de pacientes no hay asociación entre el consumo de cigarrillos y el ingreso hospitalario. 3. Existe una asociación entre pacientes fumadores con patología cardiaca, EPOC y otras patologías y el ingreso hospitalario. 4. A pesar de ser pacientes con patología crónica y el porcentaje de cese de tabaco a los 6 meses ser elevado, el hecho de haber ingresado en el hospital no influye sobre su cese. 5. El porcentaje de cese de los pacientes con seguimiento de más de 6 meses es elevado.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES QUE NO INICIAN EL TRATAMIENTO Y DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

R. Godoy Mayoral¹, F.J. Callejas González¹, A.I. Tornero Molina¹, S. García Castillo¹, J. Cruz Ruiz², A.J. Martínez García¹, Á. Molina Cano³, M. Genovés Crespo⁴, W. Almonte Batista¹, F.J. Agustín Martínez¹, A. García Guerra¹, N. Gutiérrez González¹, P. López Miguel¹, A. Núñez Ares¹ y R. Sánchez Simón-Talero¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Cirugía de Tórax, Complejo Hospitalario de Albacete, Albacete, España. ³Neumología, Hospital General de Almansa, Albacete, España. ⁴Neumología, Hospital de Hellín, Albacete, España.

Introducción: Hay una cantidad muy importante de pacientes que vienen a una cita y no vuelven, ni siquiera empiezan el tratamiento.

Tabla 2. Diferencias entre pacientes que han tenido y no han tenido ingresos previos

	N (%)	Ingresos previos		p-valor
		No	Sí	
		N (%)	N (%)	
Total	167	124 (74,25)	43 (25,75)	
Sexo (hombre)	90 (53,89)	64 (51,61)	26 (60,47)	0,3157
Edad*	52,84 (12,73)	51,77 (12,33)	55,93 (13,51)	0,0263
IMC*	26,77 (6,67)	26,05 (5,42)	28,88 (9,18)	0,1550
Patología cardiaca (Sí)	36 (21,69)	18 (14,52)	18 (42,86)	0,0001
Cardiopatía isquémica (Sí)	5 (4,20)	2 (2,27)	3 (9,68)	0,1103
HTA (Sí)	24 (20,00)	14 (15,91)	10 (31,25)	0,0632
Otras (Sí)	8 (6,72)	3 (3,41)	5 (16,13)	0,0277
Patología respiratoria (Sí)	146 (87,43)	106 (85,48)	40 (93,02)	0,1988
EPOC (Sí)	83 (52,53)	56 (47,86)	27 (65,85)	0,0471
Asma (Sí)	45 (29,03)	34 (29,82)	11 (26,83)	0,7171
Bronquiectasias (Sí)	3 (1,96)	3 (2,65)	0 (0)	0,5675
Patología intersticial (Sí)	8 (5,23)	7 (6,19)	1 (2,50)	0,6813
Otras (Sí)	14 (9,03)	10 (8,77)	4 (9,76)	1,0000
Otras patologías (Sí)	68 (40,72)	42 (33,87)	26 (60,47)	0,0022
Cáncer sólido (Sí)	4 (3,08)	2 (2,06)	2 (2,06)	0,2666
Nefropatía (Sí)	6 (4,58)	2 (2,06)	4 (11,76)	0,0391
Hepatopatía (Sí)	5 (3,88)	2 (2,08)	3 (9,09)	0,1055
Patología digestiva (Sí)	12 (9,16)	6 (6,12)	6 (18,18)	0,0733
ACV/AIT (Sí)	2 (1,54)	2 (2,06)	0 (0)	1,0000
DM (Sí)	10 (7,69)	8 (8,25)	2 (6,06)	1,0000
Pat. vascular periférica (Sí)	5 (3,85)	3 (3,09)	2 (6,06)	0,6006
Embarazo (Sí)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	na
Enfermedades psiquiátricas (Sí)	26 (19,85)	18 (18,37)	8 (24,24)	0,4642
Test de dependencia de Fagerström (≥ 4)	119 (73,91)	89 (74,17)	30 (73,17)	0,9002
CO (≥ 6 ppm)	126 (88,73)	94 (89,52)	32 (86,49)	0,7627
Cese total				0,9181
No visitas sucesivas	57 (34,13)	43 (34,68)	14 (32,56)	
No	39 (23,35)	28 (22,58)	11 (25,58)	
Sí	71 (42,51)	53 (42,74)	18 (41,86)	
Cese a 6 meses				0,7434
Sí	62 (37,13)	44 (35,48)	18 (41,86)	
Pacientes con seguimiento	110	81 (73,64)	29 (26,36)	
Pacientes con más de 6 meses de seguimiento	40	31 (77,50)	9 (22,50)	
Cese	30 (75,00)	24 (77,42)	6 (66,67)	0,6650

*Resultados mostrados como media (desviación estándar). N: Frecuencia. %: porcentaje. Na: no aplicable. Coeficiente de correlación entre el número de cigarrillos y el número de ingresos previos entre los pacientes que tienen ingresos previos es de 0,1997 (p-valor = 0,1992).

Queremos comprobar las características de este tipo de pacientes y sus patologías principales, además de ver las diferencias entre ambos sexos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de la población que acudió a la Unidad de tabaquismo del Complejo Hospitalario de Albacete entre el 2008 y 2012. Se observó las frecuencias en las variables cualitativas y la media y desviación estándar en las cuantitativas, para la comparación entre sexos se utilizó la chi-cuadrado para las primeras y la t de Student para las otras. Se considera la significación como una $p < 0,05$.

Resultados: El 49,3% de pacientes no acudió a la segunda visita. Las características globales y por sexo se encuentran en la tabla. Hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al tipo de tabaco, la edad, la edad de inicio, la cantidad y en cuanto a diferentes patologías. Además hubo diferencias en cuanto a la tensión arterial y en cuanto a la función pulmonar absoluta, aunque no relativa.

Caracterización de los pacientes que no inician el tratamiento. N = 731 de 1.484 (49,3%)

	Varón	Varón	Mujer	
Varón	349 (53,9%)			
Mujer		337 (46,1%)		
Procedencia				
Neumología	259 (35,4%)	152	107	p = 0,055
Primaria	275 (37,6%)	142	133	
Cardiología	24 (3,3%)	19	5	
Interna	13 (1,8%)	9	4	
Alergia	11 (1,5%)	5	6	
Otorrino	27 (3,7%)	11	16	
Administración	37 (4%)	13	24	
Tabaco				
Rubio	568 (77,7%)	313	255	p < 0,001
Negro	62 (8,5%)	41	21	
Light	82 (11,2%)	23	59	
Edad	46,51 (12)	47,95 (12,6)	44,82 (11,04)	p < 0,001
Edad inicio	17,19 (4,92)	16,47 (4,76)	18,03 (4,98)	p < 0,001
Cig/día	25,83 (12,45)	27,27 (13,35)	24,14 (11,09)	p = 0,001
Intentos previos	1,33 (1,79)	1,44 (2,02)	1,2 (1,5)	p = 0,069
Fagerström	6,43 (10,03)	6,03 (2,29)	6,89 (14,5)	p = 0,25
Richmond	8,08 (2,46)	8,23 (2,98)	7,9 (1,63)	p = 0,068
Coox	17,08 (9,17)	17,4 (9,68)	16,7 (8,54)	p = 0,3
EPOC	117 (16%)	90	27	p < 0,001
Asma	64 (8,8%)	23	41	p = 0,003
SAHS	66 (9%)	51	15	p < 0,001
Enf. cerebrovasc	11 (1,5%)	10	1	p = 0,013
C. isquémica	52 (7,1%)	41	11	p < 0,001
Vasculopat periférica	23 (3,1%)	19	4	p = 0,005
HTA	142 (19,4%)	97	45	p < 0,001
DM	79 (10,8%)	56	23	p = 0,001
DLP	199 (27,2%)	123	76	p = 0,009
ulcus	55 (7,5%)	45	10	p < 0,001
H de H	53 (7,3%)	31	22	p = 0,486
Depres/Ansied	269 (36,8%)	95	174	p < 0,001
CoPsiq	301 (41,2%)	115	186	p < 0,001
Alcohol	114 (15,6%)	101	13	p < 0,001
Otras drogas	68 (9,3%)	53	15	p < 0,001
Patología tiroidea	23 (3,1%)	2	21	p < 0,001
FVC relat	92,25 (17,09)	91,7 (20)	92,8 (13,4)	p = 0,676
FVC abs	3.932,14 (1.056,66)	4.406 (1164)	3410 (584)	p < 0,001
FEV1 relat	93,51 (20,13)	92,1 (24,1)	95 (14,9)	p = 0,36
FEV1 abs	3.097,86 (933,26)	3.443 (1067)	2716 (554)	p < 0,001
PAS	123,67 (18,68)	127,83 (18,16)	118,81 (18,13)	p < 0,001
PAD	76,36 (12)	78,53 (11,56)	73,83 (12,03)	p < 0,001

Conclusiones: 1. Casi el 50% de los pacientes no empiezan el tratamiento. 2. Proceden sobre todo de primaria y neumología. 3. Existe una alta proporción de depresión/ansiedad (37%) y de comorbilidades psiquiátricas en general (41,2%). 4. Fuman sobre todo rubio y hay diferencias entre hombres y mujeres, estas fuman más light. 5. Los hombres son mayores, fuman más y empiezan antes que las mujeres. Tienen la TA y la función pulmonar absoluta más alta, aunque no la relativa. 6. Los hombres padecen más frecuentemente EPOC, SAHS, enfermedades cardiovasculares, HTA, DLP y DM y ulcus. 7. Las mujeres padecen más asma, patología tiroidea, comorbilidades psiquiátricas, y los hombres tienen más frecuentemente otras dependencias como alcohol y otras drogas.

CHARLAS DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

J.M. Sánchez García, C. Morro Rotger, A. Melero Palomares, J.M. Frau Morro, M.A. Muñoz Vidal, P. García Pazo, M.P. Gual Capllonch, A. López Pardo, A. Albaladejo Dávalos, J. Berraondo Fraile, I. Mir Viladrich y S. Pons Vives

Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España.

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica que afecta aproximadamente al 33% de la población mundial, con una prevalencia variable por países, siendo en Europa de alrededor del 25-30%. La edad de inicio del tabaquismo es en la mayoría de los casos entre los 13 y 15 años. Coincidiendo con el año SEPAR 2015-16 "De la EPOC y el tabaquismo" y a demanda del IES J.M. Llopart de Palma de Mallorca, desde el Hospital Son Llàtzer se organizaron unas charlas para los alumnos de 2º ESO sobre prevención del tabaquismo en 2016 y 2017, y se midió en una encuesta el interés que despertó la sesión.

Material y métodos: Se realizaron 5 sesiones con una presentación de 30 minutos sobre tabaquismo, una por grupo de alumnos. Se pasó una encuesta, voluntaria y anónima, para medir la prevalencia de alumnos fumadores en estos grupos y su opinión sobre la sesión. Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente mediante el test de chi cuadrado. Significación estadística p < 0,05.

Resultados: Contestaron la encuesta 113 adolescentes: un 17,6% habían fumado alguna vez y un 3,5% fumaba habitualmente. Un 54% confirmó que fumaba algún familiar en su domicilio. De los que tenían familiares que fumaban, un 6,6% fumaban habitualmente y un 23% a veces. Mientras que los que no tenían familiares fumadores, ninguno fumaba habitualmente y un 11,5% a veces, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p = 0,036). Utilizando una escala del 0 al 10, un 73,44% puntuó 7 o más el interés por la sesión, (el 22% igual a 10). Un 51,35% puntuó 7 o más a la pregunta si le había aportado algo nuevo la información recibida en la sesión, y un 76,77% puntuó 7 o más a sí que le sería de utilidad en un futuro. Un 67,25% puntuó 7 o más a que la información recibida puede modificar su actitud ante el tabaco, el 29% igual a 10.

Conclusiones: Consideramos la experiencia muy positiva, dada la valoración verbal del profesorado y la registrada por los propios alumnos en la encuesta. Creemos importante mantener las sesiones a los alumnos de ESO del IES J.M. Llopart, siempre que dicho centro lo considere oportuno y en otros centros que las pudieran solicitar.

COMPARACIÓN DE LA ATENUACIÓN DEL PARÉNQUIMA PULMONAR ENTRE SUJETOS SANOS, FUMADORES SIN LIMITACIÓN AL FLUJO AÉREO Y PACIENTES CON EPOC

E. Adalgisa Falcone, C. García Quero, E. Zamarrón de Lucas, I. Fernández Navarro, C. Plaza Moreno, A. Mangas Moro, S. Alcolea Batres y F. García Río

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: Objetivo: comparar la densidad de atenuación del parénquima pulmonar entre sujetos sanos no fumadores, fumadores sin limitación al flujo aéreo (LFA) y fumadores con EPOC.

Material y métodos: Se seleccionaron 20 sujetos sanos sin historia previa de tabaquismo, 53 fumadores sin LFA y 20 fumadores con EPOC. Se realizó una TC torácica, en inspiración y espiración, con análisis semiautomático de densidades de atenuación (Syngo InSpace4D) para determinar la densidad pulmonar media (MLD), los porcentajes de volumen de baja y alta atenuación (LAV y HAV) y en distintos subrangos (1 [-1.000 a -951 UH], 2 [-950 a -901 UH], 3 [-900 a -851 UH] y 4 [-850 a -801 UH], así como las densidades de atenuación corres-

pondientes a los percentiles (P) 15, 30, 45, 60, 75 y 90. También se calculó el bulla index y el porcentaje de bullas de diferentes clases de tamaño.

Resultados: Los tres grupos resultaron homogéneos en características antropométricas y las características del tabaquismo (edad inicio, cigarrillos/día, paquetes \times año, Fagerström y Glover-Nilson) no difirieron entre los dos grupos de fumadores. Los pacientes con EPOC presentaban menores valores de atenuación pulmonar en todos los parámetros estudiados que los otros dos grupos del estudio, tanto en inspiración como espiración. Con respecto a los sujetos sanos, los fumadores sin LFA mostraban una menor MLD en inspiración (-848 ± 20 vs -831 ± 25 UH, $p < 0,05$) y un mayor porcentaje de volumen en el subrango de atenuación entre -950 y -901 UH ($34,1 \pm 11,6$ vs $22,4 \pm 13,0\%$, $p < 0,01$). Por último, las densidades de atenuación correspondientes a los percentiles 15 y 30 en espiración fueron menores en los fumadores sin LFA que en los no fumadores (-853 ± 40 vs -817 ± 50 UH, $p < 0,05$; y -820 ± 50 vs -782 ± 58 UH, $p < 0,05$, respectivamente). De todas estas variables, el P15 en espiración es el que mejor discrimina fumadores sin LFA de no fumadores. A su vez, en los fumadores que todavía no han desarrollado LFA el P15 en espiración mantiene una relación inversamente proporcional con la intensidad del tabaquismo evaluada mediante el índice paquetes \times año ($r = -0,320$, $p < 0,05$).

Conclusiones: Los fumadores que todavía no han desarrollado limitación al flujo aéreo presentan una situación intermedia de reducción de la atenuación pulmonar entre no fumadores y fumadores con EPOC. El percentil 15 en espiración es el parámetro que mejor discrimina esta diferencia y se relaciona con la intensidad del tabaquismo.

COMPARACIÓN ENTRE EL TEST DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA DE FAGERSTRÖM Y EL HEAVY SMOKING INDEX. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA Y CORRELACIÓN

J.I. de Granda Orive¹, N. Rodríguez Melean², J.F. Pascual Lledó³, S. Asensio Sánchez³, I. Cienfuegos Agustín¹, C.A. Jiménez Ruiz⁴, S. Solano Reina⁵, M. García Rueda⁶, L. Lázaro Asegurado⁷, M. Martínez Muñoz⁸, S. Luhning⁹, R. Pendino¹⁰ y D. Bujulbasich¹⁰

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España. ³Hospital General Universitario de Alicante, España. ⁴Unidad Especializada de Tabaquismo, Madrid, España. ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁶Hospital Carlos Haya, Málaga, España. ⁷Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ⁸Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España. ⁹Instituto Médico Humana, Córdoba, Argentina. ¹⁰Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Rosario, Argentina.

Introducción: El test de Fagerström (TF) es considerado la mejor herramienta para medir la dependencia (D) por la nicotina. Dispone de seis preguntas, siendo las más importantes para establecer D la cantidad de cigarrillos fumados y el tiempo en fumar el primer cigarrillo tras levantarse en la mañana de la cama. La combinación de estas dos preguntas constituye el Heavy Smoking Index (HSI). Un TF \geq de 6 y un HSI \geq de 4 identifica fumadores con alta D. Los estudios que comparan la validez del HSI frente al TF encuentran que existe una buena concordancia entre las medidas de los dos cuestionarios a alta D (Kappa de Cohen). Además entre ellos existe una buena correlación global. El objetivo fue comparar el HSI y el TF en un grupo de fumadores que acudió a dejar de fumar.

Material y métodos: Estudio observacional, multicéntrico de pacientes consecutivos que acudieron a las consultas de tabaquismo de octubre de 2014 a octubre de 2015. Se recogieron variables demográficas y de estatus de fumador. Para medir la dependencia por el tabaco se utilizó el TF (D alta 8-10, moderada 4-7, baja 0-3) y el HSI (D alta 5-6, moderada 2-4, baja 0-1). El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman y la concordancia más allá del

azar mediante el índice kappa de Cohen. El punto de corte para D alta se estableció en ≥ 5 en el HSI y en ≥ 7 en el TF y se comparó D alta frente a baja/moderada). Se representó gráficamente la relación mediante un gráfico de dispersión. El análisis se llevó a cabo con el programa SPSS versión 20. Se consideró estadísticamente significativo un valor $\alpha < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 341 pacientes. La media del TF fue de $6,1 \pm 2,1$ (rango 0-10) y la del HSI de $3,6 \pm 1,38$ (rango 0-6). La tabla muestra el grado de dependencia por el TF y el HSI (categorizados en bajo/moderado y alto). El grado de asociación obtenido fue alto ($\rho = 0,85$; $p < 0,0001$) y esta correlación se representó mediante un gráfico de dispersión (fig.). En cuanto al análisis de concordancia el grado de acuerdo fue bueno ($k = 0,69$, IC95% 0,601-0,777, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Los datos obtenidos no avalan la sustitución de un test por el otro.

		Test de Fagerström (TF) (≤ 7 y > 7)		Total
		Baja/Moderada ≤ 7	Alta > 7	
Heavy Smoking Index (HSI) (≤ 4 vs > 4)	Baja/moderada ≤ 4	N 231	N 23	N 254
	% HSI (≤ 4 vs > 4)	90,9%	9,1%	100%
	% TF (≤ 7 vs > 7)	92,8%	25%	74,5%
	% del Total	67,7%	6,7%	74,5%
	Alta > 4	N 10	N 69	N 87
	% HSI (≤ 4 vs > 4)	20,7%	79,3%	100%
	% TF (≤ 7 vs > 7)	7,2%	75%	25,5%
	% del Total	5,3%	20,2%	25,5%
Total		N 249	N 92	N 341
		% HSI (≤ 4 vs > 4)	79%	27%
		% TF (≤ 7 vs > 7)	100%	100%
		% del Total	73%	27%

Tabla 1. Grado de dependencia según el Test de Fagerström y el Heavy Smoking Index.

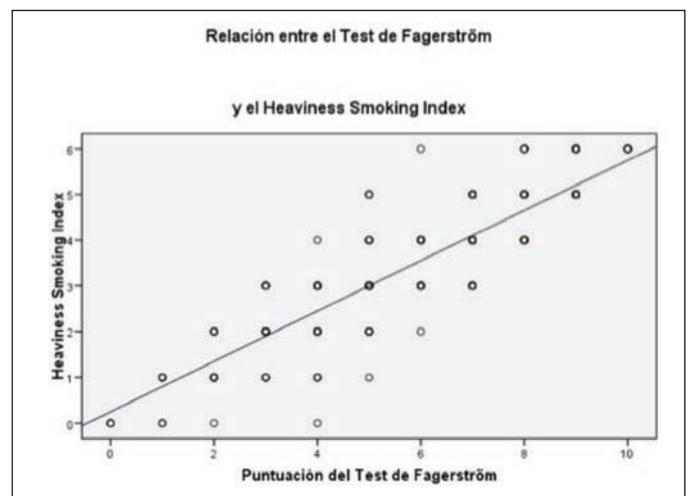


Figura 1. Relación entre el test de Fagerström.

EFFECTOS CARDIACOS AGUDOS DE LA NICOTINA EN FUMADORES Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA AL TABACO

J. Belda Ramírez¹, S. Calvo Pascual², R. Peris Cardells¹ y V. Macián Gisbert¹

¹Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España. ²Clínica Chiva, Valencia, España.

Introducción: La nicotina es conocida por tener muchos efectos fisiológicos. La influencia de la nicotina ingerida en forma de goma de

mascar sobre la hemodinámica cardíaca ha sido estudiada por métodos indirectos (ecocardiografía, ecg). Actualmente disponemos de la impedancia cardiotorácica que permite monitorizar la hemodinámica de forma no invasiva con excelente correlación con los métodos invasivos.

Material y métodos: Se estudiaron los efectos de la nicotina en 12 adultos fumadores que acudían a la primera visita de un programa de deshabituación al tabaco (M 6, F 6; 40-66 años de edad). A todos se le determinó el consumo de cigarrillos diario, el acumulado, el tiempo hasta el primer cigarrillo, el nivel de cotinina en orina, el CO exhalado y el índice de dureza entre otros test para determinar su grado de dependencia. Se les conectaba a un equipo de impedancia cardiotorácica (CardioScreen 1000, Medis®, Alemania) y se iniciaba la monitorización continua acostados. Tras unos minutos de estabilización los sujetos recibían 2 inhalaciones de nicotina (2 mg, Nicorette® Bucocmist) y se continuaba la monitorización hasta unos 20 minutos (tiempo aproximado a los niveles de nicotina de pico). Los trazados registrados (de unos 30 min) fueron analizados extrayéndose los valores hemodinámicos (IC índice cardíaco, IS índice sistólico, CFT contenido de fluido torácico e IRVS índice de resistencias vasculares sistémicas) antes de la nicotina y en el pico posterior tras la misma (entre 2 y 5 min).

Resultados: Los datos medios (intervalo) de consumo de tabaco y dependencia fueron 22 cig/día (5-40), 43 paq/año (13-120), tiempo al primer cigarrillo 1,33 (1-2), índice de dureza 4 (2-5), test Fagerström (5,8 (2-9), recompensa 2 (1-3), Richmond 7,7 (5-10), GlovNil 22,5 (15-35), cotinina 6.211 (1.327-10.683) COexh 26 (9-64). Hubo un efecto significativo de la nicotina sobre el IC y el IS incrementando 0,325 L/min/m² ($p < 0,0001$) y 3,75 ml/m² ($p = 0,01$), sin cambios en la FC, TA, CFT o IRVS. El aumento del IS se relacionó con el COexh ($r = 0,85$; $p = 0,002$) y con el tiempo al primer cigarrillo ($r = -0,62$; $p = 0,03$).

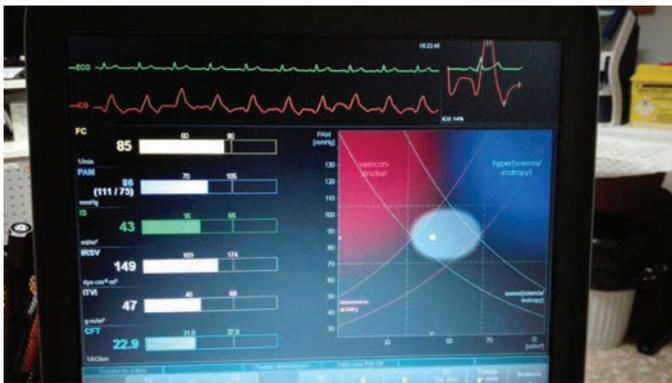


Figura 1.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la nicotina inhalada (2 mg, equivalente a 1 o 2 cigarrillos fumados) aumenta el gasto cardíaco expresado como IC o IS sin modificar la FC y la poscarga. Este incremento podría relacionarse con el consumo de tabaco e incrementar la dependencia.

ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE TABAQUISMO DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A UNA UNIDAD DE TABAQUISMO ENTRE LOS AÑOS 2001 Y 2016

C. Villar Laguna¹, C.A. Jiménez Ruiz¹, J.F. Pascual Lledo², A.M. Cícero Guerrero¹, M. Mayayo Ulibarri¹ y M. Cristóbal Fernández¹

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Analizar los cambios en las características socio-demográficas y de tabaquismo de los pacientes que acudieron a una Unidad de Tabaquismo entre los años 2001 y 2016.

Material y métodos: Se estudia una muestra representativa del grupo de sujetos que acudió a una Unidad Especializada en Tabaquismo para recibir tratamiento para dejar de fumar a lo largo de un periodo de 15 años (2001 al 2016).

Resultados: Desde el año 2001 hasta el 2016 se han estudiado en la Unidad a un total de 11.945 pacientes. De ellos se ha obtenido una muestra representativa constituida por 6.345 sujetos. A continuación se describen diferentes variables. Edad: la edad media de la serie fue de 49,3 (11,3) años (rango 15 a 88 años). Para los varones, 50,0 (11,9) años y para las mujeres 48,6 (10,7) años, ($p < 0,001$), de modo que en promedio, los varones fueron 0,28 años mayores que las mujeres (IC95 0,91 a 2,03 años). Se encontró que la edad media de los sujetos ha ido en aumento desde 2001 hasta 2016 (44,3 hasta 52,2 años). Sexo: de los 6.345 sujetos, 3.057 (48,2%) fueron varones y 3.288 (51,8%) mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de varones y mujeres en cada año ($p = 0,575$). Test de Fagerström: la media fue 8,8 (2,3) puntos. Se apreció un aumento progresivo de los valores medios a lo largo del estudio (de 5,6 a 6,8 puntos), ($p < 0,001$). Tiempo al primer cigarrillo: De los 6.345 sujetos de la serie completa, 2.301 sujetos (36,3%) fumaron su primer cigarrillo antes de los primeros 5 min después de levantarse; 2.826 (44,5%) lo fumaron entre los 5 y los 30 min; y 1.218 sujetos (19,2%) después de los 30 min. No hubo cambios significativos de esta variable a lo largo de los años. Tipo de recompensa: De los 6.345 sujetos de la serie completa 2.253 (35,5%) fumaban por recompensa positiva y 4.092 (64,5%) por recompensa negativa. No hubo cambios significativos de esta variable a lo largo de los años.

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren: a) envejecimiento de la población que acude a una unidad de tabaquismo para dejar de fumar, b) más mujeres que varones acuden a la Unidad, c) mayor tasa de dependencia en el grupo de sujetos que acude ahora a la Unidad y d) los fumadores con recompensa negativa acuden más a la Unidad que aquellos con recompensa positiva.

ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE ABSTINENCIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A UNA UNIDAD DE TABAQUISMO ENTRE LOS AÑOS 2001 Y 2016

C. Villar Laguna¹, C.A. Jiménez Ruiz¹, J.F. Pascual Lledo², A.M. Cícero Guerrero¹, M. Mayayo Ulibarri¹ y M. Cristóbal Fernández¹

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Madrid, España. ²Hospital Universitario de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Analizar los cambios en las tasas de abstinencia en los pacientes que acudieron a una Unidad de Tabaquismo entre los años 2001 y 2016.

Material y métodos: Se estudia una muestra representativa del grupo de sujetos que acudió a una Unidad Especializada en Tabaquismo para recibir tratamiento para dejar de fumar a lo largo de un periodo de 15 años (2001 al 2016).

Resultados: Desde el año 2001 hasta el 2016 se han estudiado en la Unidad a un total de 11.945 pacientes. De ellos se ha obtenido una muestra representativa constituida por 6.345 sujetos. De los 6.344 sujetos de la serie, el 61,3% (3.891 sujetos) tuvo éxito en dejar de fumar, frente al 38,7% (2.453 sujetos) que fracasó. De los 3.891 sujetos con éxito en dejar de fumar, 1.937 fueron varones (49,8%) y 1.954 fueron mujeres (50,2%). Formulando de otra manera, se puede también decir que los 1.937 varones con éxito en dejar de fumar suponen el 63,4% de todos los varones de la serie, y que las 1.954 mujeres con éxito en dejar de fumar suponen el 59,4% de todas las mujeres, y esta

diferencia entre los porcentajes de éxito entre varones y mujeres (3,9%; IC95% 1,5 a 6,4%) es estadísticamente significativa ($p = 0,001$). Las tasas de abstinencia para cada uno de los tratamientos utilizado fueron: sin tratamiento 67,9%, TSN 50,8%, bupropion 61,9% y vareniclina 67,4%. El estudio mediante regresión logística mostró: a) que los sujetos tratados con bupropion frente a ser tratados con TSN multiplican por 1,6 veces (IC95% 1,4 a 1,9 veces) sus probabilidades de éxito en dejar de fumar, b) que los sujetos tratados con vareniclina frente a ser tratados con TSN multiplican por 2,1 veces (IC95% 1,9 a 2,4 veces) sus probabilidades de éxito en dejar de fumar y c) que los sujetos tratados con vareniclina frente a ser tratados con bupropion multiplican por 1,3 veces (IC95% 1,1 a 1,5 veces) sus probabilidades de éxito en dejar de fumar.

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren: a) la tasa media de abstinencia de la Unidad a lo largo de los 15 años ha sido del 61,3%, b) los varones han tenido más éxitos que las mujeres y c) vareniclina es el tratamiento farmacológico más eficaz.

ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN EN LOS TIPOS DE TRATAMIENTO PRESCRITOS A LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A UNA UNIDAD DE TABAQUISMO ENTRE LOS AÑOS 2001 Y 2016

C. Villar Laguna¹, C.A. Jiménez Ruiz¹, J.F. Pascual Lledo², A.M. Cícero Guerrero², M. Mayayo Ulibarri² y M. Cristóbal Fernández²

¹Unidad Especializada en Tabaquismo, Madrid, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Analizar los cambios en la prescripción de los diferentes tipos de tratamiento farmacológico en los pacientes que acudieron a una Unidad de Tabaquismo entre los años 2001 y 2016.

Material y métodos: Se estudia una muestra representativa del grupo de sujetos que acudió a una Unidad Especializada en Tabaquismo para recibir tratamiento para dejar de fumar a lo largo de un periodo de 15 años (2001 al 2016).

Resultados: Desde el año 2001 hasta el 2016 se han estudiado en la Unidad a un total de 11.945 pacientes. De ellos se ha obtenido una muestra representativa constituida por 6.345 sujetos. La distribución de los diferentes tipos de tratamiento farmacológico fue la siguiente: Sin tratamiento 156 (2,5%), terapia sustitutiva con nicotina (TSN) 2.037 (32,1%), bupropion 905 (14,3%) y vareniclina 3247 (51,2%). Hubo más mujeres (33,8%) que varones (30,3%) que recibieron TSN ($p = 0,002$) (diferencia de un 3,6%; IC95% 1,2 a 5,9%). Hubo también más mujeres (17,5%) que varones (10,8%) que fueron tratados con bupropion ($p < 0,001$) (diferencia de un 6,6%; IC95% 4,9 a 8,4%). Por el contrario, hubo más varones (56,7%) que mujeres (46,1%) que fueron tratados con vareniclina ($p < 0,001$) (diferencia de un 10,6%; IC95% 8,1 a 13,1%). No hubo diferencias en los porcentajes de varones (2,3%) vs mujeres (2,6%) que no recibieron tratamiento alguno ($p = 0,316$). En cuanto a la frecuencia de utilización de los tratamientos se observan dos periodos: Desde el 2001 hasta el 2006 en el cual la utilización de TSN es prioritaria con cifras que oscilan entre 76,9% y 63,8%. Y otro periodo desde el 2008 hasta el 2016 en el cual la utilización de vareniclina es prioritaria con cifras que oscilan entre 82,7% y 51,4%. El año 2007 es el año en el que aparece el cambio de tratamientos con 47,4% para vareniclina y 36,2% para TSN.

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren: a) Vareniclina ha sido el tratamiento prescrito con mayor frecuencia, b) Desde el año 2001 hasta el 2006 TSN fue el tratamiento prescrito con mayor frecuencia y desde el 2008 hasta el 2016 lo ha sido vareniclina, el año 2007 fue transicional, c) TSN y bupropion ha sido más prescrita entre las mujeres que entre los hombres y d) Vareniclina ha sido más prescrito entre los hombres que entre las mujeres.

ESTUDIO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN NEUMOLOGÍA

M. Morón Ortiz, M.T. González García, B. Urizar Catalán, P. Muñoz Zara, V.I. Barrios, V. Carpio Muñoz, J. Hilares Vera, L. Marín Barrera y J.A. Maldonado Pérez

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Introducción: El tabaquismo es un importante problema de Salud Pública. La hospitalización constituye una oportunidad para intervenir y comenzar un proceso de abandono. Los objetivos del estudio son conocer la prevalencia de tabaquismo entre los pacientes hospitalizados en planta de Neumología durante 4 meses. Identificar las características epidemiológicas de los fumadores. Cuantificar el número de fumadores que precisaron y admitieron tratamiento farmacológico para el abandono. Valorar dificultades en la sistematización de la intervención del tabaquismo en pacientes hospitalizados.

Material y métodos: Estudio epidemiológico prospectivo sobre el hábito tabáquico de los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología de 1 de julio a 31 de octubre de 2017. Se cumplimenta un formulario sobre el hábito tabáquico, basado en normativa SEPAR.

Resultados: En el periodo indicado ingresaron 200 pacientes con una edad media de 56. De ellos, el 66% eran hombres. Respecto al hábito tabáquico; 94 sujetos (47%) nunca habían fumado, 57 (28,5%) eran exfumadores y 49 (24,5%) fumadores. Entre los últimos destaca un 31% de mujeres. El diagnóstico al alta más frecuente fue: 12 neumonía, 10 exacerbación enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 5 asma. Quisieron aprovechar la hospitalización para dejar de fumar 43 (88%) y sólo 6 (12%) se opusieron. El índice de paquetes/año (p/a) registrado osciló de 6 a 120: ninguno era leve (< 15 p/a), 7 casos tenían un índice moderado (6 a 15), 4 grave (15-25), y en 37 muy grave (> 25 p/a). Se midió el grado de dependencia con test HSI (puntuación de 0-6) mostrando una dependencia leve (< 2) en 15, moderada en 20, y grave (≥ 5) en 5. Referían un intento previo de dejar de fumar 24 y de ellos 18 habían recaído. Durante el ingreso iniciaron tratamiento farmacológico (TSN) 9. Detectamos falta de cumplimentación de los datos de motivación y autoeficacia en numerosos cuestionarios. De los pacientes contactados (30), al mes del alta, el 50% seguían sin fumar y un 20% realizaron una importante reducción.

Conclusiones: Un 24% de los pacientes que ingresan en Neumología son fumadores. El perfil es hombre con alta dependencia y altísima carga tabáquica, con una enfermedad pulmonar de alta prevalencia, intentos previos y con intención de abandonar el tabaco nuevamente. Menos del 20% quiere ayuda farmacológica para la deshabituación. Creemos necesaria una formación homogénea de todos los sanitarios para adecuar una intervención avanzada. Al menos la mitad de los fumadores permanecen sin fumar al mes.

¿FUMAN LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL?

S. Cedeño de Jesús, P.J. Rodríguez Martín, J.A. Delgado Torralbo, V. Almadana Pacheco y A. Valido Morales

UGC Neumología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: Desde hace años se han establecido políticas dirigidas a preservar los espacios públicos del humo del tabaco, sin embargo no está claro el grado de cumplimiento de estas leyes. Objetivo: determinar cuántos de los fumadores activos ingresados en un hospital de tercer nivel fuman durante su ingreso.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional de todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen Macarena durante un mismo día del mes de noviembre de 2017. Para constatar el hábito tabáquico se realizó entrevista clínica a todos los pacientes. En los fumadores activos hasta antes del ingreso, se obtuvo

el valor de monóxido de carbono exhalado (CO) medido en partes por millón (ppm) a través de cooxímetro (MicroCO Meter, de CareFusion) para determinar si habían fumado durante el ingreso hospitalario. Se consideraron los siguiente valores para CO: 0-5 ppm ausencia de intoxicación, 6-10 ppm intoxicación ligera, de 11-30 ppm intoxicación moderada y más de 30 ppm intoxicación grave. Se consideró fumador reciente (menos de 24 horas) y por lo tanto fumador durante su ingreso hospitalario a aquellos con puntuación igual o mayor a 7 ppm. **Resultados:** Se evaluaron un total de 537 pacientes ingresados en el hospital. De estos, 123 pacientes fueron fumadores activos con un ICAT de $38,9 \pm 27,6$ paq/año. Se realizó medición de CO a través de cooximetría en 88 de los 123 fumadores con una media de $3,35 \pm 4,65$ ppm. En los 35 casos en los que no se realizó cooximetría se debió a: - la no colaboración del paciente (fundamentalmente en relación a deterioro cognitivo, edad avanzada, patología psiquiátrica...): 18. Presencia de cirugía reciente (abdominal, torácica, ocular): 11. Aislamiento: 5. Negativa del paciente: 1. Los resultados de la cooximetría se muestran en la gráfica 1. 14 de los pacientes sacaron 6 o más ppm como resultado, evidenciando un consumo reciente (menos de 1 día). De estos, 6 confesaron haber salido a fumar fuera del hospital, 7 haber fumado en las dependencias del hospital y 1 negó haber fumado.

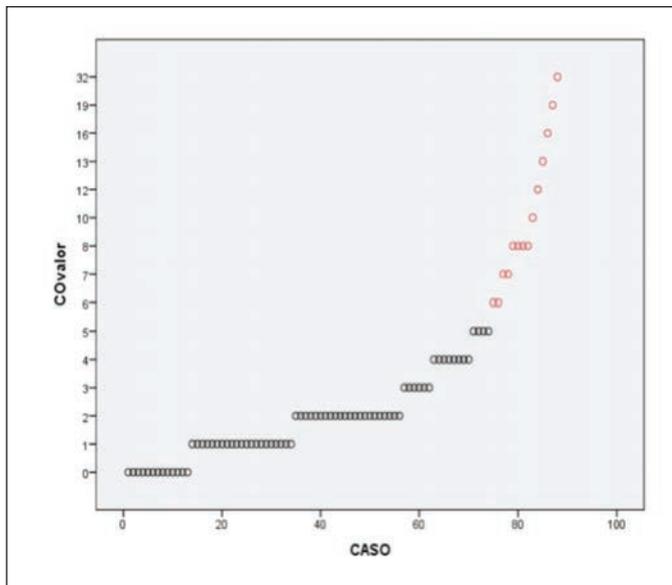


Figura 1. Valores de cooximetría (ppm).

Conclusiones: A pesar de las políticas antitabaco en los hospitales, declarados espacios libres de humo, existe un porcentaje no despreciable de pacientes que sigue fumando durante el ingreso hospitalario.

IMPACTO DEL TABAQUISMO (ACTIVO Y PASIVO) EN EL ESTUDIO DE LOS CONTACTOS DE CASOS DE TUBERCULOSIS BACILÍFERA

M.N. Altet Gómez¹, J.A. Domínguez Benítez², M.Á. Jiménez Fuentes³, A. Soriano Arandes³, J.A. Riesco Miranda⁴, Á. Ramos Pinedo⁵, S. Solano Reina⁶, J.I. de Granda Orive⁷, J.J. Lorza Blasco⁸, J. Signes-Costa Miñana⁹, J. Ruiz Manzano¹⁰, I. Latorre Rueda¹¹ y C.A. Jiménez Ruiz¹²

¹Unidad de TB Vall d'Hebron-Drassanes, Unidad de TDO, Barcelona, España. ²Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, Badalona, CIBER de Enfermedades Respiratorias, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. ³Unidad de Tuberculosis Vall d'Hebron-Drassanes,

Barcelona, España. ⁴Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres, España. ⁵Hospital de Alcorcón, Madrid, España. ⁶Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ⁸Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España. ⁹Hospital Clínic, Valencia, España. ¹⁰Hospital Clínic Universitari, Badalona, Barcelona, España. ¹¹Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, CIBER de Enfermedades Respiratorias, Universidad Autónoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, España. ¹²Unidad de Tabaquismo de la Comunidad Autónoma, Madrid, España.

Introducción: El objetivo es conocer la influencia del consumo de tabaco (activo y pasivo) en el riesgo infección (ITB) y de enfermedad (TB) en los contactos de casos de TB bacilífera.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 1.357 contactos (616 de 0-14 años de edad y 741 de ≥ 15 años) de casos de TB bacilífera atendidos en la Unidad de Tuberculosis Vall d'Hebron-Drassanes mediante las Normativas específicas. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos y bacteriológicos. Se realizó PT y ambos IGRAs al inicio del estudio. El consumo/exposición se clasificó según el tipo de exposición y en Paquetes/año. Se estimaron las O.R ajustadas a todos los factores de riesgo investigados.

Resultados: Incidencia de TB: 1. En niños: a) "No fumador/No fumador pasivo": 3,15%, b) "No fumador/Fumador pasivo": 12,83%, c) "Fumador, fumador pasivo": 14,71%; 2. En ≥ 15 años: "No fumador, No fumador pasivo": 4,02%; b) "No Fumador, Fumador Pasivo": 6,43%; c) "Fumador, No fumador pasivo": 6,67%; c) "Fumador, Fumador pasivo": 11,34%. Prevalencia de Infección TB (ITB): 1. Tanto en niños como en los ≥ 15 años la exposición activa y pasiva son un factor de riesgo de ITB que se incrementa con el número de paquetes/año consumidos/expuestos en el hogar ($p < 0,00001$) (tabla).

Prevalencia de la infección tuberculosa según exposición al tabaquismo

Tabaquismo	ITB 0-14 años (%)			ITB adultos (%)		
	% OR	(IC95%)	Valor p	% OR	(IC95%)	Valor p
No fumador, no FP	12,93	1		14,46	1	
No fumador, No FP	54,34	8,7 (5,9-12,8)	< 0,00001	40,94	4,1 (2,5-6,7)	< 0,00001
Fumador, No FP	-	-		53,33	6,8 (2,8-16,2)	< 0,00001
Fumador, FP	79,4	25,6 (9,9-709,5)	< 0,00001	74,57	17,0 (10,7-27,2)	< 0,00001

FP: fumador pasivo.

Conclusiones: Tanto en niños como en adultos el tabaquismo incrementa el riesgo de ITB y el desarrollo de la enfermedad, con riesgos más elevados en los contactos que son fumadores más fumadores pasivos. En los contactos de casos de TB debe considerarse la motivación y el tratamiento para el abandono del consumo y evitar la exposición al humo del tabaco en el hogar.

INFLUENCIA DE LA AFECTACIÓN DE LA PEQUEÑA VÍA EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE FUMADORES SIN LIMITACIÓN AL FLUJO AÉREO. CRITERIOS FUNCIONALES Y MORFOLÓGICOS

M.Á. Salvador Maya¹, C. García Quero¹, C. Llontop Guzmán², P. Mariscal Aguilar¹, C. Carpio Segura¹, V. Arnalich Montiel³, E. Martínez Cerón¹ y F. García Río¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España. ²Service de Pneumologie et Réanimation Médicale, Hôpital Pitié-Salpêtrière, París, Francia. ³Servicio de Neumología, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España.

Introducción: El desarrollo de disfunción de la pequeña vía (DPV) parece constituir una etapa previa al desarrollo de EPOC en muchos fumadores y puede ser valorado mediante procedimientos funcionales o de imagen. Objetivo: evaluar la prevalencia de DPV, según criterios funcionales o morfológicos, y su repercusión sobre la calidad de vida de fumadores sin limitación al flujo aéreo (LFA).

Material y métodos: En 53 fumadores sin LFA (39 mujeres y 14 hombres, 52 ± 6 años, 34 ± 18 paquetes \times año, FEV1/FVC $0,77 \pm 0,04$), se midió su calidad de vida mediante los cuestionarios SF-36 y EuroQoL. Se realizó una oscilometría forzada, considerando que existía DPV cuando la resistencia a 5 Hz (R5) y su diferencia con la resistencia a 20 Hz (R5-20) eran mayores del límite superior de la normalidad (Friedman). También se efectuó una tomografía computarizada (TC) torácica para determinar, mediante análisis semiautomático de densidades de atenuación (Syngo InSpace4D), las diferencias entre inspiración y espiración en la densidad pulmonar media (MLD), volumen en el subrango de -950 a -901 UH (S2) y valor de atenuación del per-

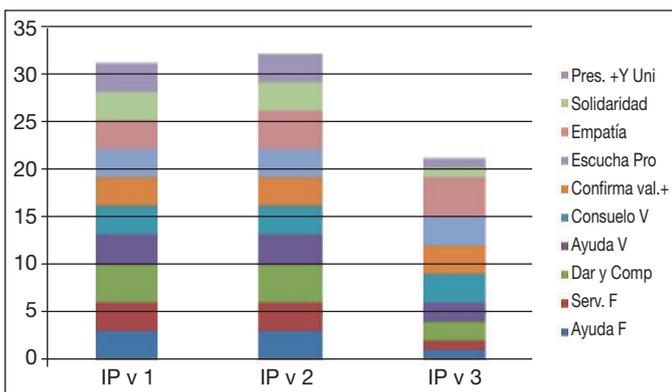


Figura 1. Panel de Visualización Participativa Prososocial.

centil 15 (P15). Los valores de las medianas de dichas diferencias se consideraron como puntos de corte para identificar DPV.

Resultados: La prevalencia de DPV entre los fumadores sin LFA fue del 30% mediante oscilometría forzada. El parámetro que mejor discriminaba calidad de vida relacionada con la salud es la diferencia inspiratoria-espiratoria en el volumen de parénquima con un subrango de atenuación entre -950 y -901 UH. Según este criterio, los fumadores con DPV presentan una peor puntuación en la escala de componente físico del SF-36 ($49,30 \pm 7,52$ vs $53,24 \pm 6,00$, $p = 0,040$) y en el dominio salud general de dicho cuestionario ($61,48 \pm 18,94$ vs $74,66 \pm 14,68$, $p = 0,007$). Además, también tienen peores puntuaciones en el EuroQoL, tanto en las tarifas de escala visual analógica (EVA) ($0,794 \pm 0,176$ vs $0,906 \pm 0,114$, $p = 0,008$) y de equivalencia temporal (ET) ($0,842 \pm 0,190$ vs $0,949 \pm 0,065$, $p = 0,009$) como en el termómetro (71 ± 17 vs 81 ± 9 , $p = 0,009$). Por el contrario, la identificación de DPV basada en la oscilación forzada sólo discrimina en las tarifas EVA ($0,894 \pm 0,138$ vs $0,798 \pm 0,166$, $p = 0,026$) y ET ($0,932 \pm 0,114$ vs $0,852 \pm 0,179$, $p = 0,045$) del EuroQoL.

Conclusiones: La DPV es prevalente en los fumadores sin LFA y se asocia a una peor calidad de vida, fundamentalmente cuando se evalúa mediante TC.

LA PROSOCIALIDAD APLICADA AL TABAQUISMO: PUESTA EN MARCHA

S. Calvo Pascual¹, M. Martí Vilar² y J. Belda Ramírez³

¹Clinica Chiva, Valencia, España. ²Universitat de València.

³Departamento de Psicología Básica, Valencia, España. ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España.

Introducción: La prosocialidad aplicada (PsA) son aquellos comportamientos que, sin la búsqueda de recompensas extrínsecas, favorecen a otras personas según su criterio, aumentando la probabilidad de generar reciprocidad positiva de calidad, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos. Estos comportamientos se quieren aplicar al paciente fumador con el objetivo de la descentralización del "yo" y la mejora en las relaciones interpersonales.

Material y métodos: Con fumadores y exfumadores junto al investigador principal, se llevó a cabo la Consulta Interactiva Prososocial Aplicada (CIPA): sesiones de diálogo generadoras de conocimiento desde la experiencia personal en relación con el tabaco y los comportamientos prosociales y ser motivo de ayuda al neumólogo para que lo pueda incorporar en su consulta habitual de tabaquismo. La CIPA se dirigió a 9 sujetos de la consulta de tabaquismo, asistiendo solo 4. Para conocer en qué consiste y cómo se aplica la PsA se les facilitó información y se realizaron dinámicas con la metodología de Visualización Participativa Prososocial: método de facilitación para trabajar un tema concreto en grupo en el que se beneficia la comprensión recíproca. Cada participante llevaba su diario de campo para hacer sus aportaciones. Otros materiales: Panel de visualización, tarjetas de colores, rotuladores, sala adecuada con luz y buen sonido y un refrigerio.

Resultados: Se obtuvo el Inventario Prososocial (IP): lista de comportamientos prosociales operativos más deseables y posibles en el contexto de tabaquismo (10 categorías de acciones prosociales). En la 1ª versión del IP se obtuvieron 31 comportamientos que en forma de cuestionario se pasó a 42 fumadores (18 hombres y 24 mujeres) y se analizaron los resultados de la puntuación de cada comportamiento. La 2ª versión del IP con 32 comportamientos, se pasó a 45 fumadores (21 hombres y 24 mujeres). Analizados los resultados, se eliminaron 11 comportamientos. El IP definitivo quedó con 21 comportamientos.

Conclusiones: El IP puede ser una herramienta para el asesoramiento psicológico de una consulta de tabaquismo. Los sujetos fumadores y exfumadores junto al experto en PsA pueden confeccionar el material para el asesoramiento psicológico de los pacientes afectados de tabaquismo.

PERFIL DEL FUMADOR QUE INGRESA EN NEUMOLOGÍA Y NO DESEA ABANDONAR EL HÁBITO TABÁQUICO

E. Cabrera César, N. Reina Marfil, L. Piñel Jiménez, M.C. Vera Sánchez, M.C. Fernández Aguirre, M.V. Hidalgo Sanjuán y J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: Se estima que entre el 15 y el 27% de los pacientes ingresados en los hospitales son fumadores. La hospitalización es un momento idóneo para que el fumador se plantee el abandono del tabaco. El objetivo de nuestro tabaco es analizar el hábito tabáquico de los pacientes que ingresan en el servicio de Neumología y conocer las características de los que no desean abandonar el tabaco.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo del hábito tabáquico de los pacientes que ingresaron en el servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde junio del 2017 a octubre del 2017. Se analizaron las variables clínicas, demográficas y respecto al hábito tabáquico de los pacientes que ingresaban.

Resultados: De los 419 pacientes que ingresaron en dicho periodo de tiempo, nunca habían fumado 160 (38,18%), eran fumadores activos 99 (23,63%) y exfumadores 160 (38,18%). 71 (71,72%) deseaban dejar de fumar. Con una edad media de 56,98. 52 (73,23%) eran hombres. La edad de inicio a fumar era 15,65 años con un número medio de 26 cigarrillos al día (tabla 1). Se les ofreció ayuda para dejar de fumar pero 28 (28,28%) manifestaron su deseo de seguir fumando. Tenían una edad media de 51 años, 25 hombres (89,28%). Habían comenzado a fumar a los 16,29 años, con un consumo medio de 16,39 cigarrillos. 8 (28,57%) consumían otros tóxicos. 16 (57,14%) habían ingresado previamente en el hospital, siendo EPOC 9 (32,14%) (tabla 2). Tuvieron un ingreso con una estancia media de 7 días. El diagnóstico más frecuente al alta era de agudización de EPOC 9 (32,14%). El motivo más frecuente para no dejar de fumar era considerar que no era perjudicial (9, 32,14%) y la creencia de no necesitar ayuda (7, 25%).

Conclusiones: Casi una cuarta parte de los pacientes que ingresan en Neumología son fumadores. Se debe hacer una intervención avanzada sobre ellos. Una cuarta parte de los fumadores manifiesta su deseo de seguir fumando a pesar de estar ingresado. Son más jóvenes y consumidores de un menor número de cigarrillos que los que desean dejar de fumar. Tienen comorbilidades, enfermedades relacionadas con el tabaco e ingresos previos, por lo que es fundamental explicar la relación de sus patologías con el tabaco para que se planteen dejar de fumar. Se debe transmitir que cualquier número de cigarrillos es perjudicial y que la intervención sanitaria aumenta la probabilidad de éxito. Hay que conseguir que todos los pacientes que ingresen en neumología realicen un intento serio de dejar de fumar al alta.

	Quieren dejar de fumar	No quieren dejar de fumar	p
Edad	56,98	51	0,03
Sexo:			
-Hombres	52 (73,23%)	25 (89,28%)	>0,05
-Mujeres	19 (26,76%)	3 (10,72%)	
Edad de inicio	15,65	16,29	0,27
Número cigarrillos día	26	16,39	0,004

Tabla 1. Características de los fumadores que desean dejar de fumar y los que no.

Características	No desean dejar de fumar
Consumo de otros tóxicos:	
-Marihuana.	3 (10,71%)
-Metadona	1 (3,57%)
-ExADVP o cocaína	4 (14,28%)
Motivo de ingreso:	
-EPOC	9 (32,14%)
-Cáncer de pulmón	5 (17,85%)
-Politraumatismo	3 (3,57%)
-Neumonía	4 (14,28%)
-Tuberculosis	2 (7,14%)
-Otros	5 (17,85%)
Comorbilidades:	
-EPOC	9 (32,14%)
-Asma	1 (3,57%)
-Esquizofrenia	2 (7,14%)
-VHC	2 (7,14%)
Motivo para fumar:	
-No consideraban perjudicial lo que fumaban.	9 (32,14%)
-No querían ayuda.	7 (25%)
-Desear fumar.	8 (28,57%)
-Consumo de otras drogas.	4 (14,28%)

Tabla 2. Características de los pacientes que desean continuar fumando.

PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Almadana Pacheco, S. Cedeño de Jesús, J.A. Delgado Torralbo, P.J. Rodríguez Martín, A. Valido Morales y S. Monserrat García

UGC de Neumología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: El tabaquismo ha demostrado ser un factor de riesgo establecido en numerosas enfermedades cardiovasculares, pulmonares y tumorales. Objetivo: determinar la prevalencia de tabaquismo en un hospital de tercer nivel y evaluar la calidad de la recogida de datos relacionados con el hábito tabáquico en las historias clínicas de los pacientes ingresados.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional en el que se evaluó el hábito tabáquico de todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen Macarena durante un mismo día del mes de noviembre de 2017. Para constatar el hábito tabáquico se realizó entrevista clínica a todos los pacientes. Por otro lado, se realizó auditoría de historias clínicas de estos pacientes, evaluando la presencia del hábito tabáquico en los antecedentes personales de la hoja de anamnesis, considerando registro óptimo el que incluía el hábito tabáquico así como el consumo acumulado de tabaco (ICAT) recogido como índice paquetes/año, calculado mediante la fórmula (n° cigarrillos \times n° años fumando)/20 (paq/año). En el caso de que sólo se constatará el hábito pero no el consumo acumulado, o este fuera señalado como n° de cigarrillos/día, el registro se consideró incompleto.

Se consideró registro ausente cuando en el apartado de antecedentes no aparecía registrado ni el hábito ni el ICAT.

Resultados: Se evaluaron un total de 537 pacientes con una edad media de 63,07 ± 17,74. 53,8% varones. La prevalencia de tabaquismo fue de 22,9%. 1,7% fumadores ocasionales y 28,9% exfumadores. ICAT medio fue de 38,9 ± 27,6 paq/año para los fumadores y de 39,6 ± 32,2 paq/año para los exfumadores. El hábito tabáquico por unidades se describe en la figura. La auditoría de historias clínicas se realizó en 553 pacientes. Se constató un registro completo del hábito tabáquico en 167 pacientes (30,2%), en 147 (26,6%) el registro fue parcial y en 239 (43,2%) no se había registrado. Los resultados por unidad asistencial se muestran en la tabla.

Resultados de auditoría de historias clínicas por unidad asistencial

Unidad (Nº registros)	Completo	Incompleto	Nulo
Medicina Interna (120)	30,8%	50%	19,2%
Neumología y vía aérea (28)	67,9%	10,7%	21,4%
Neurología (26)	3,8%	15,4%	80,8%
Cardiología (34)	17,6%	47,1%	35,3%
Cardiovascular (15)	26,7%	60%	13,3%
Digestivo (42)	31%	40,5%	28,6%
Cirugía General (50)	22%	46%	32%
Nefrología (12)	50%	16,7%	33,3%
Urología (29)	20,7%	62,1%	17,2%
Ginecología (17)	41,2%	23,5%	35,7%
Obstetricia (31)	87,1%	3,2%	9,7%
Traumatología (63)	7,9%	76,2%	15,9%
Otorrinolaringología (12)	8,3%	66,7%	25%
Oncología (23)	30,4%	30,4%	39,2%
Hematología (11)	45,5%	18,2%	36,3%
Infeccioso (10)	20%	40%	40%
UCI (30)	36,7%	40%	23,3%

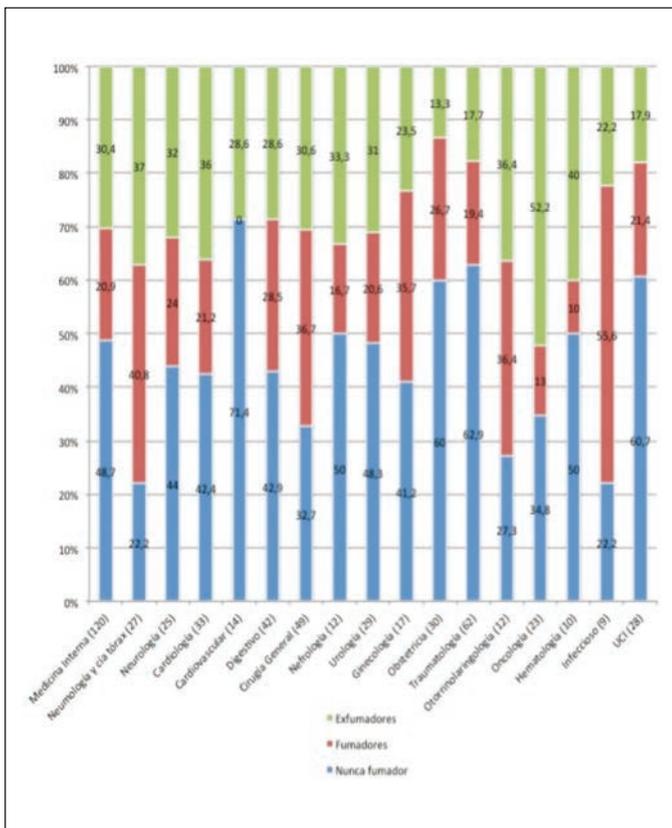


Figura 1. Prevalencia del tabaquismo en función de las unidades del hospital.

Conclusiones: La prevalencia del tabaquismo en un hospital de tercer nivel es elevada, siendo similar a la de la población general (24%), aunque más elevada en hombres cuando se analiza por sexo. A pesar de la importancia del tabaco como factor de riesgo, en la gran mayoría de los pacientes ingresados el hábito tabáquico no se registra o se registra de forma incompleta. Es importante realizar intervenciones de concienciación dirigidas a los profesionales con objeto de mejorar el registro del hábito tabáquico.

REGISTRO DE INDICADORES DE TABAQUISMO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE NEUMOLOGÍA

M. Corral Blanco, M. Lorente González, M.E. Jarrín Estupiñán, V.C. Prudencio Ribera, M.I. Cienfuegos Agustín y J.I. de Granda Orive

Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: Interrogar sobre el hábito tabáquico y registrarlo en la Historia Clínica aumenta la tasa de intervención por parte de los profesionales sanitarios y los intentos de cesación del consumidor. El objetivo de nuestro estudio fue describir la prevalencia del estado tabáquico en nuestra población y analizar el registro de tabaquismo, el consejo antitabaco y la frecuencia de derivación a una consulta de deshabituación tabáquica antes y después de realizar una intervención.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de los datos referentes al hábito tabáquico recogidos en los informes de alta del Servicio de Neumología de un hospital terciario. Se realizó una primera recogida de datos del 2 al 5 de octubre (antes de la intervención) y una segunda recogida del 20 al 24 de noviembre (después de la intervención). La intervención se realizó a las 3 semanas de la primera recogida y consistió en presentar los resultados de la primera revisión. Para el análisis se empleó el programa SPSS versión 21. La comparación entre los grupos se realizó con la prueba chi cuadrado.

Resultados: Se revisaron un total de 991 historias clínicas, existiendo registro del hábito tabáquico en 764 (77,1%), dentro de estas, la prevalencia de fumadores es del 22%, de exfumadores del 48% y de no fumadores del 30% (fig.). Al analizar el efecto de la intervención, un mayor porcentaje de pacientes recibió consejo antitabáquico (45,7 vs 61,9%, p = 0,037) y no se encontraron diferencias en el registro de tabaquismo ni en la frecuencia de derivación a consulta antitabáquica (tabla).

Conclusiones: 1) La prevalencia de tabaquismo en nuestra muestra es ligeramente menor a la de la población española. 2) En el 77% de las historias clínicas está registrado el hábito tabáquico, se da consejo sanitario a un 52% de los fumadores y un 4,7% de los mismos son de-

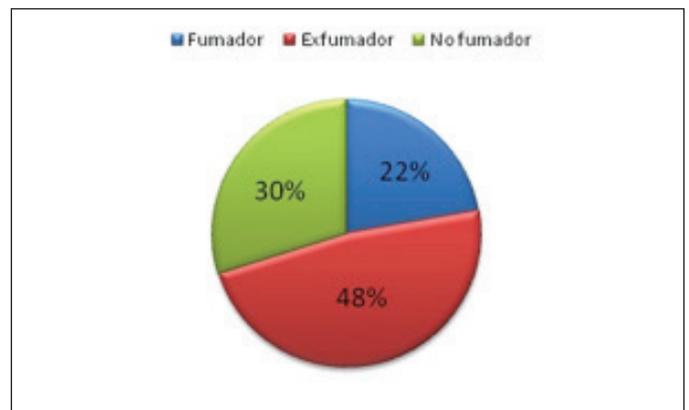


Figura 1.

	Global	Antes de la intervención	Después de la intervención	p (antes-después)
Registro de tabaquismo	764 (77,1%)	374 (76,0%)	390 (78,2%)	0,423
Consejo antitabaco	89 (52,4%)	37 (45,7%)	52 (61,9%)	0,037
Derivación a consulta de deshabituación tabáquica	8 (4,7%)	4 (4,9%)	4 (4,9%)	0,958

rivados a consulta de deshabituación tabáquica. 3) Tras realizar una intervención en nuestro servicio se incrementó el porcentaje de fumadores que recibían consejo antitabaco.

RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y DETERIORO EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN FUMADORES SANOS

R. Pérez Rojo, J.M. Díez Piña, N. Quílez Ruiz-Rico, M.J. Gálvez Medina, R. Serrano González, D. Álvaro Álvarez, M.P. Rodríguez Bolado, T. Bilbao-Goyoaga Arenas y A. Gaité Álvaro

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España.

Introducción: El tabaquismo se relaciona con la pérdida de años de salud, muerte prematura, enfermedad, incapacidad y sufrimiento innecesario. La valoración subjetiva del estado de salud del fumador ha demostrado ser buen predictor de mortalidad. Distintos estudios han demostrado asociación entre tabaquismo, con función pulmonar conservada, y deterioro de calidad de vida percibida. Objetivos: valorar la función pulmonar y la calidad de vida mediante el cuestionario CAT (COPD Assessment Test) en fumadores sin patología crónica respiratoria diagnosticada.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de pacientes que acuden por primera vez a lo largo de 1 año a nuestra unidad para deshabituación tabáquica sin antecedente respiratorio conocido. Registro de datos demográficos (edad, sexo, antecedentes personales, peso, talla), datos de consumo de tabaco, motivación para el abandono, dependencia física, valores de función pulmonar y puntuación en cuestionario CAT. Análisis estadístico con SPSS 18.0.

Resultados: Se ha recogido información de 24 pacientes (14 hombres) con una edad media de 54 años. La edad media de inicio en el consumo es de 19 años y el IPA (índice paquetes-año) medio de 40 años-paquete. La puntuación media en el test de Richmond es de 9 y en el test de Fagerström de 7. 3 de ellos presentan criterios de bronquitis crónica. La función pulmonar es normal en todos ellos con FVC media de 3.372 ml (84%), FEV1 medio de 2.525 ml (84%), FEV1/FVC medio 75%, DLCO media 77%, KCO media 83%. La puntuación media obtenida en CAT es de 11. La puntuación media de cada ítem es: tos 2,14; expectoración 1,75; opresión centrotorácica 0,8; disnea al subir pendiente o un tramo de escaleras 2,37; limitación de las actividades diarias 0,92; seguridad al salir de casa 0,22; dificultad para dormir 0,92 y energía 1,51. Los fumadores sin enfermedad respiratoria crónica de nuestro estudio obtienen una puntuación elevada en el cuestionario CAT, percibiendo deterioro en su calidad de vida asociado a síntomas respiratorios. En los ítems en los que más puntúan son la presencia de tos, expectoración y disnea.

Conclusiones: Los fumadores que acuden para un intento de deshabituación a nuestras consultas no presentan alteración de la función pulmonar. La mayoría no presenta criterios de bronquitis crónica. Sin embargo, presentan deterioro de su calidad de vida percibida por síntomas respiratorios.

SUSCEPTIBILIDAD PARA EL DESARROLLO DE EPOC SEGÚN EL GÉNERO EN PACIENTES FUMADORES

I. Rodríguez Galán, S. Asensio Sánchez, I. Gayá García-Manso, J.F. Pascual Lledó, J. Sánchez Payá y C. Martín Serrano

Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante; Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández; Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL-Fundación FISABIO), Alicante, España.

Introducción: La probabilidad de EPOC en fumadores oscila alrededor del 25% y existe controversia en cuanto a la influencia del género en el desarrollo de la EPOC. Objetivo: determinar la prevalencia de EPOC según el consumo acumulado de cigarrillos y analizar si existen diferencias en función del género.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen a todos los pacientes fumadores que acudieron a la Unidad Especializada de Tabaquismo del Hospital General Universitario de Alicante entre enero del 2002 y abril del 2008. Se recogieron características demográficas, historia de tabaquismo, función pulmonar y existencia de EPOC. A todos los pacientes se les realizaron pruebas de función respiratoria previas a la inclusión en el tratamiento. Se consideró diagnóstico de EPOC aquellos pacientes con historia compatible con una relación FEV1%FVC posbroncodilatación menor 70%. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS Statistics versión 22. Se ha realizado un análisis bivariante y posteriormente un análisis de regresión logística para el ajuste de las variables. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 834 pacientes. La edad media fue $47,36 \pm 11,69$. 474 (57%) de los pacientes eran varones. El consumo medio acumulado de tabaco (años-paquete) fue $38,62 \pm 22,40$: en hombres $44,95 \pm 22,88$ y en mujeres $30,30 \pm 17,07$ ($p < 0,001$). La prevalencia de EPOC en la muestra fue del 24% (32,1% GOLD I, 54,2% GOLD II, 12,5% GOLD III, 1,2% GOLD IV). El 34% de los hombres tenían EPOC y el 11% de las mujeres. Se observa un incremento de la prevalencia de EPOC en función del consumo acumulado de tabaco ($p < 0,001$): 6,0% (0-20 a-paq), 15,5% (21-40 a-paq), 39,9% (41-60a-paq) y 57,7% (> 60 a-paq). En la tabla 1 se muestra el porcentaje de EPOC en función del sexo a niveles equivalentes de consumo de tabaco observándose una mayor prevalencia a mayor consumo de tabaco y en los hombres. Se realizó un análisis de regresión logística realizado para

Tabla 1. Porcentaje de EPOC según el sexo y los años-paquete

Años-paquete	Hombres		Mujeres	
	EPOC, % (n)	Total (n)	EPOC, % (n)	Total (n)
0-20	12,9 (9)	70	2,3 (3)	130
21-40	20,2 (36)	178	9,7 (14)	145
41-60	44,3 (51)	115	30,2 (16)	53
> 60	62,4 (58)	93	33,3 (6)	18
Total	154	456	39	246

Tabla 2. Riesgo de EPOC ajustado según los años-paquete y el sexo

Años-paquete	Frecuencia EPOC, % (n)	ORC (IC95%)	ORa (IC95%)
0-20	6,0 (12/200)	1	1
21-40	15,5 (50/323)	2,9 (1,5-5,5)	2,4 (1,3-4,7)
41-60	39,9 (67/168)	10,4 (5,4-20,1)	8,1 (4,2-15,9)
> 60	57,7 (61/111)	21,3 (10,7-42,7)	14,9 (7,3-30,3)
Sexo			
Hombre	33,8 (154/456)	4,0 (2,7-5,9)	2,6 (1,7-3,9)
Mujer	11,3 (39/346)	1	1

ORC: odds ratio calculada. ORa: odds ratio ajustada.

determinar el riesgo de desarrollo de EPOC en función del sexo y del consumo de tabaco. En el modelo realizado se objetivó un mayor riesgo tanto por el consumo de tabaco como por ser hombre de forma independiente. En la tabla 2 se muestra el modelo de regresión.

Conclusiones: La probabilidad de EPOC incrementa con el consumo de tabaco. Los hombres tienen más riesgo de padecer EPOC, independientemente del consumo de tabaco.

TABACO Y GRIPE

A. Bellido Maldonado, Á. Losa García-Uceda, M. Hidalgo Sánchez, M. Orta Caamaño, M. Jiménez Arroyo, E. Morales Manrubia, D. del Puerto García, B.S. Barragán Pérez, J.A. Durán Cueto y J.A. Riesco Miranda

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: El tabaquismo (T) continúa siendo un problema grave de salud pública e importante factor de riesgo (FR) para adquirir infecciones respiratorias. La gripe (G), enfermedad contagiosa y prevalente con una significativa morbimortalidad. Objetivo: analizar la presencia del T como factor pronóstico (P) de la G complicada (C) en nuestro medio.

Material y métodos: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo con pacientes que ingresan en nuestro hospital con diagnóstico de G en el periodo 2011-2016. A partir de los informes de alta se recogen variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas, terapéuticas y pronósticas.

Resultados: Se incluyen 194 pacientes, con una edad media de 61 años, sin encontrar diferencia entre sexos (varones (V) 49,5% y mujeres (M) 50,5%). El virus de la G A se encuentra en el 84,5% (164) de los casos, siendo el virus de la G B el responsable del 15,5% (30) restante. En el grupo de pacientes con G A: no hay predominio de sexo. En cuanto al hábito tabáquico, el 46,2% de los V son fumadores activos (FA), el 20% exfumadores (EF) y el 33,7% nunca fumadores (NF), mientras que en la M el 23% es FA, el 9,5% EF y el 67,5% NF. En el grupo de G B: El 46,6% son V y el 53,3% son M. En cuanto al hábito tabáquico, en el V el 42,8% son FA, el 14,4% EF y el 42,8% NF, mientras que en la M no se observan FA, siendo el 12,5% EF y el 87,5% NF. En cuanto al mal P (se consideró mal P según ingresó en UCI, en UCRI y la mortalidad), fueron más frecuentes en los pacientes con antecedentes de T (tabla). La neumonía (N), como principal complicación asociada, aparece en el 65% de FA, siendo unilateral en el 36% de los casos y bilateral en el 64%. En los EF el 50% presenta N, siendo unilateral en el 46% y bilateral en el 54%. No se encuentran diferencias asociadas a la presencia de virus de la G A o B ni de complicaciones según número de cigarrillos fumados al día ni IPA. Con respecto al antecedente de vacunación antigripal y antineumocócica las cifras de ausencia de recogida de estos datos son de 91,7% y de 100% respectivamente, sin encontrar diferencias según T.

	UCRI	UCI	Mortalidad
FA	62,5%	48,6%	26,7%
EF	12,5%	11,4%	20%
NF	25%	40%	53,3%

Conclusiones: El virus de G A es el causante del mayor número de ingresos por complicación de G en nuestro medio. El T es un FR asociado a la presencia de GC. FA y EF tienen peor P en caso de GC asociando mayores tasas de ingresos en UCRI, UCI y mortalidad. Tabaco y N están íntimamente relacionados. Insistir en recomendar la vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes fumadores ingresados.

TABAQUISMO EN LA MUJER EPOC Y COMORBILIDADES ASOCIADAS

M. Jiménez Arroyo, M. Orta Caamaño, M. Hidalgo Sánchez, A. Bellido Maldonado, E. Morales Manrubia, Á. Losa García-Uceda, D. del Puerto García, B.S. Barragán Pérez, J.A. Durán Cueto y J.A. Riesco Miranda

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.

Introducción: La prevalencia del tabaquismo y de la EPOC en la mujer se han incrementado en los últimos años. En nuestro medio, el tabaco es prácticamente la única causa de padecer EPOC. El objetivo de nuestro trabajo se centra en analizar las características de tabaquismo y la prevalencia de comorbilidades más frecuentes en la mujer con EPOC.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo donde se recogieron datos de mujeres que ingresaron entre 2011 y 2015 con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con obtención complementaria de variables correspondientes a la última consulta de Neumología que constaba en su historial clínico. Se incluyeron variables epidemiológicas, antecedentes de tabaquismo, disnea (mMRC), datos espirométricos, exacerbaciones, clasificación de riesgo EPOC, fenotipo, tratamiento, vacunación antigripal y antineumocócica, otras enf. pulmonares, ansiedad y depresión, hipertensión (HTA), diabetes (DM), y enfermedades cardiovasculares. La información obtenida se almacena en una base de datos diseñada al efecto y se realiza análisis estadístico mediante el programa SPSS Statistics.

Resultados: Se incluyen un total de 52 mujeres (M), con edad media de 63,96 años (± 8,9), siendo el 50% fumadoras activas (FA) y el 50% exfumadoras (EF), sin ningún caso de nunca fumadoras (NF). El índice paquete-año (IPA) medio fue de 41,87 (± 19,6), sin encontrarse diferencias entre FA y EF. En el grupo de EF, predominaba la EPOC de alto riesgo (73,1%) frente a las de bajo riesgo (26,9%), sin encontrarse diferencias en el riesgo de EPOC en las FA. Tanto en el grupo de FA (61,5%) como en EF (50%) predominaba el fenotipo no agudizador, sin encontrarse diferencias en el resto de fenotipos. En cuanto al tratamiento (tto), existía un claro predominio de la triple terapia (TT) tanto en FA (53,8%) como en EF (61,5%). Observando las comorbilidades, la más frecuente en FA es la depresión (46,2%), y en EF es la comorbilidad cardiovascular (42,3%) (fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, valvulopatías entre otras), siendo menos frecuente ansiedad, DM e HTA.

Conclusiones: En nuestro medio, la M EPOC es una paciente de edad media 64 años, que continúa fumando en 50% de casos, con un IPA medio de 41,9, que, en el caso de EF, predomina la EPOC de alto riesgo. El fenotipo no agudizador es el más frecuente, encontrándose en tto

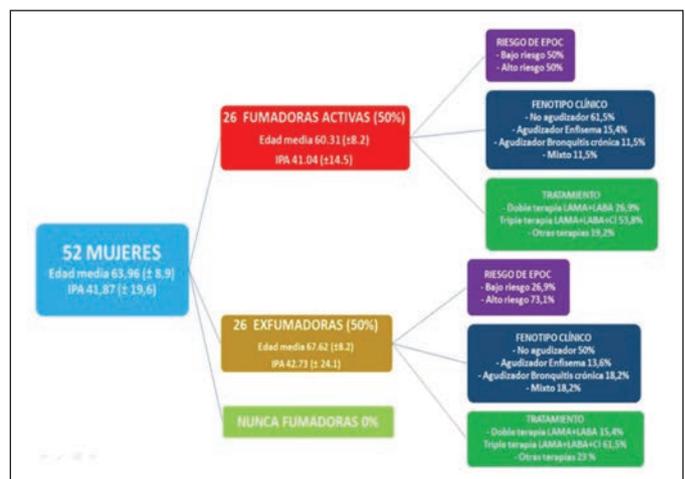


Figura 1.

	FUMADOR ACTIVO	EXFUMADOR
VACUNA ANTIGRIPIAL	SI 57,7% NO 42,3%	SI 96,2% NO 3,8%
VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCCICA	SI 23,1% NO 76,9%	SI 46,2% NO 53,8%
ANTECEDENTES NEUMONÍA	SI 15,4% NO 84,6%	SI 30,8% NO 69,2%
OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES	SI 23,1% NO 76,9%	SI 46,2% NO 53,8%
ANSIEDAD	SI 23,1% NO 76,9%	SI 3,8% NO 96,2%
DEPRESIÓN	SI 46,2% NO 53,8%	SI 23,1% NO 76,9%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI 19,2% NO 80,8%	SI 34,6% NO 65,4%
DIABETES MELLITUS	SI 11,5% NO 88,5%	SI 23,1% NO 76,9%
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	SI 7,7% NO 92,3%	SI 42,3% NO 57,7%

Tabla 1.

en la mayoría de los casos con TT. En las comorbilidades, la depresión predominaba en FA y la cardiovascular en los EF.

TABAQUISMO EN LOS PACIENTES CON EPOC QUE INGRESAN EN NEUMOLOGÍA

N. Reina Marfil, L. Piñel Jiménez, A. Ruiz Martín, E. Cabrera César, M.C. Vera Sánchez, M. Garza Greaves, Á. Martínez Mesa, M.C. Fernández Aguirre, J.L. Velasco Garrido y M.V. Hidalgo Sanjuán
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Introducción: El consumo de tabaco es la principal causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Muchos pacientes, aún sabiendo que padecen esta enfermedad y que les está perjudicando negativamente en su evolución, continúan fumando. En este grupo de enfermos, el tabaquismo tiene características específicas, el abordaje debe realizarse con empatía y en ocasiones pueden ser difícil obtener la información real. El objetivo de este estudio ha sido evaluar el tabaquismo y las características de los pacientes con EPOC que son hospitalizados en neumología.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con EPOC ingresados en nuestro servicio por cualquier motivo, entre septiembre de 2016 y septiembre de 2017. Se seleccionó una muestra aleatoria de 200 pacientes y se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tabaquismo, índice acumulado paquete año (IAT), fenotipo de la EPOC, estadio GOLD según la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo, grado de disnea (mMRC), vacuna antigripal, antecedentes de ansiedad/depresión, estancia hospitalaria, reingresos y mortalidad.

Resultados: En total 445 pacientes con EPOC fueron ingresados en nuestro servicio en ese período, de los cuales se seleccionó una muestra de 200 pacientes; de éstos, 19 (9%) fueron excluidos por no constar en su historia datos sobre tabaquismo. La edad media fue 70 años; para los fumadores, 67 y para los exfumadores, 72. El 81% eran hombres. El grado de disnea, la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo y el fenotipo se muestra en la tabla y la figura. El 34% de los pacientes eran fumadores activos y el 66% exfumadores. Entre los fumadores, el IAT fue de 52,5 paquetes año, frente a los exfumadores que fue 58,8. La vacunación antigripal la habían realizado el 46% de los fumadores y el 69% de los exfumadores. La estancia media fue de 9,8 días; en los fumadores, 8,7 y en los exfumadores, 10,4. El 26% de los fumadores tenía antecedentes de ansiedad/depresión, frente al 36% de los exfumadores. Ingresaron de nuevo el 28% de los fumadores y el 37% de los exfumadores. Los fallecimientos durante el periodo del estudio fueron similares en ambos grupos (18% y 19% respectivamente).

	Total	Fumadores	Exfumadores
n	181	61	120
Edad	70	67	72
Disnea mMRC:			
- 1	26 (14%)	10 (16%)	16 (13%)
- 2	42 (23%)	16 (26%)	26 (22%)
- 3	44 (24%)	16 (26%)	28 (23%)
- 4	4 (2%)	0 (0%)	4 (3%)
- No registro	65 (36%)	19 (31%)	46 (38%)
Gravedad de la limitación al flujo aéreo:			
- Gold I	77 (43%)	24 (39%)	53 (44%)
- Gold II	25 (14%)	3 (5%)	22 (18%)
- Gold III	41 (23%)	22 (36%)	19 (16%)
- Gold IV			
- No registro			
FEV1	46.9%	50.4%	45.4%

Tabla 1. Características de los pacientes.

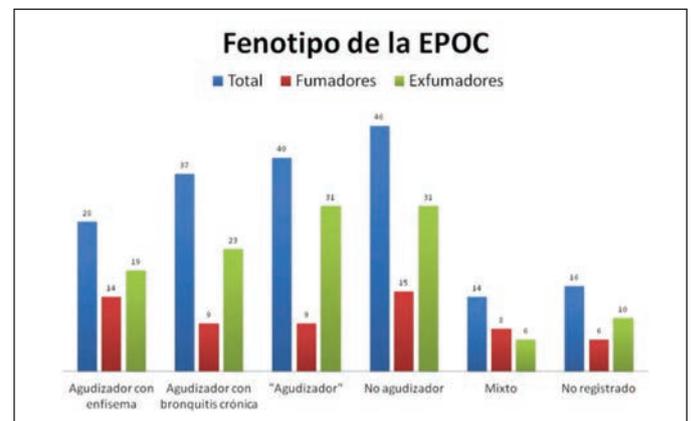


Figura 1.

Conclusiones: En nuestro estudio, un porcentaje importante de los enfermos continúan fumando. El ingreso hospitalario es un buen momento para el abordaje del tabaquismo en estos pacientes. Los fumadores fueron más jóvenes, con un menor IAT, un grado de obstrucción al flujo aéreo menos GRAVE y se vacunaron en menor proporción.